

FDG

分析依頼書・受諾書

FDG 水溶液

表の太枠内にご記入ください。
施設名は、略称でも結構です。
必ず押印をお願いします。

【※1□ 試験計画書送付予定日 / 】

【※2□ 検体到着予定日 △/△】—— 本紙送信から 3 週間以降の日付

本紙の FAX 送信をもちまして、分析受諾日とさせていただきます。
*検体は、分析依頼書原本・試験計画書（承認印押印済）・検体送付書と同送下さい。

送信日	施設名	担当者名	印	施設名	担当者名
TEL:	FAX:	TEL:	FAX:	TEL:	FAX:
△/□	〇〇大学附属病院	△△太郎	印	量研機構 放医研 受託分析部門	張 明栄
TEL: ××-××-××××	FAX: ××-××-□□□□	TEL: 043-382-3710	FAX: 043-206-3261	TEL: 043-382-3710	FAX: 043-206-3261
/	量研機構 放医研 受託分析部門	張 明栄	印	〇〇大学附属病院	△△太郎
TEL: 043-382-3710	FAX: 043-206-3261	TEL: ××-××-××××	FAX: ××-××-□□□□	TEL: ××-××-××××	FAX: ××-××-□□□□

太枠内にご記入下さい。(□内は放医研チェック欄)

製造施設正式名称	□	大学法人 〇〇大学医学部附属病院 放射線科	担当者名 : △△太郎
製造施設住所	□	〒123-4567 〇〇市△△区××町 1-1	

下記事項の試験検査を依頼します。 例：2016年4月1日1回目合成

※3 製造番号	□	1604011	※4 放医研受付番号	□	—
※3 製造年月日	□	2016年4月1日	※5 検体容量	□	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い)	□	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定		

例：2016年4月1日2回目合成

※3 製造番号	□	1604012	※4 放医研受付番号	□	—
※3 製造年月日	□	2016年4月1日	※5 検体容量	□	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い)	□	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定		

例：2016年4月2日1回目合成

※3 製造番号	□	1604021	※4 放医研受付番号	□	—
※3 製造年月日	□	2016年4月2日	※5 検体容量	□	3ml 以上を記載
試験項目 (○囲い)	□	FDG の比放射能測定及び CIDG の濃度測定	※6 残留溶媒濃度測定		

- ※1 放医研で受諾の際に記入致します。
- ※2 必ずご記入下さい。予定日が変更になった際は、FAX または電話連絡をお願いいたします。
- ※3 製造番号・製造年月日が判明している場合は、ご記入下さい。
- ※4 放医研の受付番号です。放医研で受諾の際に記入致します。
- ※5 検体は必ず 3ml 以上をお送り下さい。
- ※6 メタノール、エタノール、アセトニトリルを測定します。