

送付される検体につきまして（非感染性検体の確認）

試験番号：

試験名：

本件の検体につきご確認いただき、ご署名をお願いします。

① 検体採取被験者は HBV・HCV・HIV 非感染者であることを血液検査にて確認済みであること。

HBV 非感染 未確認

HCV 非感染 未確認

HIV 非感染 未確認

*HIV のみ、血液検査での確認が困難と思われる合理的な理由がある場合は、医師の診察をもって、この代用を可能とする。

HIV 感染状況が未確認である理由

② 被験者は麻疹、水痘症、インフルエンザ等の飛沫感染による可能性が高い感染症に、検体採取時に罹患していないこと。

飛沫感染による可能性が高い感染症に 非感染 未確認

以上2点につき間違いありません。

年 月 日

ご所属 _____

ご署名 _____



コスモ・バイオ株式会社

COSMO BIO Co., LTD.

〒135-0016 東京都江東区東陽 2-2-20 東陽駅前ビル

TOYO EKIMAE BLDG. 2-20, TOYO 2-CHOME,

KOTO-KU, TOKYO 135-0016, JAPAN

TEL : TOKYO (03) 5632-9619 FAX : TOKYO (03) 5632-9614

URL : <http://www.cosmobio.co.jp/>