**血管内皮細胞増殖因子 (Vascular Endothelial Growth Factor)-D値測定依頼書**

1.依頼日:　　　　　　年　　　　月　　　日

2.依頼元

施設名：

依頼者名：

電話：

e-mail：

3.検体

血清, その他 ( )

採取日：　　　　　年　　　　月　　　日

**・検体送付に関する注意事項**

1 ml程度の凍結血清を当院に祝祭日を除く月曜日から金曜日に届くよう送付願います。また、送付前には到着予定日を事前に連絡の上、到着時間指定を午前中にて送付願います。検体送付時に、110円分の切手を貼った返信用封筒を同包頂きますようお願い致します(結果報告用)。

送付先
〒591-8555
大阪府堺市北区長曽根町1180
近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
広瀬 雅樹 宛
電話 072-252-3021 (代表)

**・測定結果に関する注意事項**

本測定値は研究用の値です。診療の参考にする際は必ず主治医の判断・責任の下でお願い致します。また、結果報告には検体受領後、最低でも1.5ヶ月程要することをご了承願います。

**・測定費用に関する注意事項**

VEGF-D値測定料金 (16,500円/検体\_税込)を頂きます。測定結果報告書とともに請求書を送付させて頂きます。報告書を受領されましたら指定の納付期限までに支払処理をお願い致します。

**・症例カード提出の依頼**

症例カードの提出にご協力頂けますと幸いです。

問い合わせ先

〒591-8555
大阪府堺市北区長曽根町1180
近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター
広瀬 雅樹
メール：409-vegfd@mail.hosp.go.jp (推奨)、電話：072-252-3021 (代表)