

## 免疫血清検査(抗カビ抗体) 依頼対応フロー

検査依頼  
072-957-2121 内線3524・3175  
(9:00~17:30(土日祝は除く))

初めてのご依頼の際は、その旨お申し出ください。  
HPより「免疫血清検査依頼書」をダウンロードして、  
検体とともに下記の宛先へお送りください。

<送付先>

〒583-8588 大阪府羽曳野市はびきの3-7-1  
大阪はびきの医療センター  
臨床検査科 免疫化学検査

(依頼書同封)  
検体送付

免疫血清検査 実施

※検体到着後、結果が判るまで約1週間程度要します。

検査結果報告ならびに検査費用請求

郵送

- ①検査結果報告書
- ②請求書

検査依頼施設

検査費用のお支払い

指定口座にお振込みください。