

平成 22 年 8 月 23 日

お客様各位

日水製薬株式会社
診断薬マーケティング部

2010 年度秋期 細菌検査精度管理サーベイのご案内

謹啓 日頃は弊社製品をご愛顧賜りまして厚く御礼申し上げます。

さて、標記「細菌検査精度管理サーベイ」を以下の要領で実施致しますのでご案内申し上げます。

今回のサーベイでは、試験菌種毎のヒストグラム解析およびZスコア解析を行います。試験実施者ご自身の成績が全体の中でどの程度のズレがあったかを客観的に判断することができますので、日頃の検査の正確度を検証するのに有効です。

また、配布致します試料につきましては、「Easy QA Ball」を使用することに致しました。

是非、ご参加くださいますよう重ねてご案内申し上げます。

謹白

2010 年度秋期 細菌検査精度管理サーベイ実施要項

- 〔スケジュール〕 8月23日(月) ; 参加募集開始
9月29日(水) ; 参加募集締切^{注)}
10月18日(月) ; 試料発送
11月5日(金) ; 成績回収〆切
12月10日(金) ; 解析結果返送開始

注) 参加募集締切日前でも予定数に達し次第、受付中止となりますのでご了承ください。また、参加受付者につきましては、弊社より受付書を FAX 致します。

〔参加費〕 21,000 円(消費税 1,000 円を含みます)

〔試料内容〕 試料 : 内容の異なる Easy QA Ball 3 本を混合溶解しての菌数検査
検査項目 ; 一般生菌数、大腸菌群数、大腸菌数

試料 : Easy QA Ball 1 本を使用しての菌数検査
検査項目 ; 黄色ブドウ菌数

〔参加募集数〕 300 セット

〔参加申込方法〕 別紙の参加申込書に所定事項をご記入の上、FAX にてお申し込みください。

以上

問い合わせ先 日水製薬株式会社 細菌検査精度管理サーベイ担当(水落、清水、庭野)
〒110-8736 東京都台東区上野 3-23-9
TEL : 03-5846-5707 FAX : 03-5846-5676
E-mail : sangyo@nissui-pharm.co.jp

2010 年度秋期 細菌検査精度管理サーベイ 参加申込書

～ サーベイ参加申込書のご記入に際し、以下の点にご同意願います ～

1. 収集目的：お預かりした個人情報につきましては、サーベイのお申し込みに関する確認および連絡手段など正当な目的のみに利用させていただきます。
2. 情報提供の任意性：個人情報の提供につきましては、ご自身で判断をお願いします。
3. 個人情報の確認、訂正、削除について：個人情報に関する情報の確認、訂正または削除のご依頼があった場合には、申込者ご本人であることを確認させて頂いた上で、特別に理由のない限り対応させていただきます。

2010 年度秋期 細菌検査精度管理サーベイへの参加を申し込みます。

お申込日： 年 月 日

お申込数： セット

〔お申込者〕

ご施設名			
ご所属部署		ご氏名	印
ご住所	〒		
TEL :	_____	FAX :	_____
E-メールアドレス :	_____		

注： 参加受付に関する弊社からのご連絡は FAXにて行いますので、FAX番号は必ずご記入ください。

〔試料お届け先（試験実施先）〕 …… お申込者と異なる場合にのみご記入ください。

施設名			
部署名		氏名	
住所	〒		
TEL :	_____	FAX :	_____
E-メールアドレス :	_____		

注1： 参加受付に関する弊社からのご連絡は FAXにて行いますので、FAX番号は必ずご記入ください。

注2： 送り先が複数箇所ある場合は、お手数ですが送り先分の全てのリストを添付してください。

注3： 解析結果報告書は原則として、試験実施者宛に送付させていただきます。

通信欄

(切り離さないでください)

弊社使用欄：	受付番号()
	弊社担当者()

試料お届け先（複数の送付先がある場合にのみご使用ください）

【お申込者】

ご施設名			
ご所属部署		ご氏名	印
ご住所	〒		
TEL : _____		FAX : _____	
E-メールアドレス : _____			

注：参加受付に関する弊社からのご連絡は FAXにて行いますので、FAX番号は必ずご記入ください。

【試料お届け先（試験実施者）】

施設名			
部署名		氏名	
住所	〒		
TEL : _____		FAX : _____	
E-メールアドレス : _____			

施設名			
部署名		氏名	
住所	〒		
TEL : _____		FAX : _____	
E-メールアドレス : _____			

施設名			
部署名		氏名	
住所	〒		
TEL : _____		FAX : _____	
E-メールアドレス : _____			

施設名			
部署名		氏名	
住所	〒		
TEL : _____		FAX : _____	
E-メールアドレス : _____			

注：グループ企業様向けの送付先入力ファイル（Excelファイル）も準備しておりますので、以下のアドレスまでご請求ください。 E-mail : sangyo@nissui-pharm.co.jp 担当 水落、清水、庭野