

群馬大学医学部附属病院免疫染色受託規程

令和元. 6. 4 制 定

改 正 令和 2. 7. 9

(趣 旨)

第1条 群馬大学医学部附属病院（以下「本院」という。）において、外部から委託を受けて行う免疫染色（以下「免疫染色」という。）については、この規程の定めるところによる。

(受託の基準)

第2条 免疫染色は、本院における業務に支障のない場合に限り受託することができる。

2 受託する免疫染色は診療目的のものに限り、教育及び研究を目的とした委託は受け付けない。

(契約の締結)

第3条 免疫染色を依頼しようとする者（以下「依頼者」という。）は、免疫染色の内容及び依頼する期間等について、あらかじめ本院と契約を締結しなければならない。

2 前項に定める契約は、受託事業契約として締結するものとし、国立大学法人群馬大学契約事務取扱規程第4条に規定する受託事業に係る分任契約担当役が行うものとする。

(依 頼)

第4条 依頼者は、免疫染色を依頼する都度、別紙様式による免疫染色依頼書及び標本を群馬大学医学部附属病院長（以下「病院長」という。）に提出しなければならない。

(料 金)

第5条 免疫染色の料金は、別表料金表に掲げるとおりとする。

2 料金の納入時期及び方法等については、契約書に定めるとおりとする。

3 既納の料金は、いかなる事情があっても返還しない。

(結果の通知)

第6条 病院長は、依頼された免疫染色を完了したときは、標本の返却をもってその結果を依頼者に通知するものとする。

(規程の改廃)

第7条 この規程の改廃は、病院運営会議の議を経て、病院長が行う。ただし、法令等に基づく条文の整備又は所掌事務を遂行するために必要な改正、その他軽微な改正に関しては、会議への付議を省略することができる。

附 則

この規程は、令和元年6月4日から施行する。

附 則

この規程は、令和2年7月9日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

別表（第5条関係）

料金表

- 1 1スライドにつき5,900円
ただし、EBERのみ1スライドにつき10,200円とする。
（消費税額及び地方消費税額を除く）

免疫染色依頼書

| 会計番号 | 受付日 | 受付番号 |
|--|-------|------|
| | | |
| 依頼件数: 件(うちEBER 件) | | |
| 群馬大学医学部附属病院長 殿 | | |
| 依頼者住所(〒) | | |
| 氏名 (病院名) | (TEL) | |
| (医師名) | (科名) | |
| 下記の免疫染色を依頼します。 | | |
| <input type="checkbox"/> この依頼は診療を目的とするものです。(教育又は研究を目的とするものではありません。) (チェックボックスにチェックを入れること) | | |
| 依頼側の標本番号(空欄不可) | | |
| 標本作製材料 臓器・組織名 | | |
| 臨床診断 | | |
| 依頼する項目(抗体名)を記載してください。 (別紙添付可) | | |
| (出来れば予備分のスライドを同封してください) | | |

太枠内を記入してください。

本院病理部業務の妨げにならない順位で実施します。尚、期日及び至急の指定には対応しません。

指定のスライドガラスにより標本作製し、提出してください。

(到着時に破損があった場合は染色を行いません。)

スライドガラスのフロスト側は15mm以上を確保してください。

標本の提出及び返却にかかる費用は申込者の負担としてください。郵送での提出・返却も可能ですが郵送料・郵送用の資材等は申込者が負担してください。

尚、染色の良または不良に関しての責任は負いません。

あくまで染色の依頼であり、診断に関する内容はお答えしません。

【連絡先】

群馬大学医学部附属病院病理部 TEL:027-220-8712