



ROCKY MOUNTAIN LIONS EYE BANK

Share the circle of light

電話：日本からのフリーダイヤル： 00531-13-0652 USA: +1 (720) 848-3959 USA Toll-free: 800-444-7479

研究・訓練用眼組織の依頼用紙 Research Tissue Request

依頼医師名 (physician) : _____

電話 (Tel): _____ ファクス(Fax) : _____ ポケットベル (pager) : _____

E メール (e-mail) : _____

組織の用途 (tissue use) : _____

これは資金提供を受けた研究プロジェクトですか Funded project)? はい (yes) いいえ (no)

組織が必要な日付 (Date needed) : _____

送付先住所および指示事項をご記入ください。(送料有料) (shipping instructions) :

請求する組織 (該当項目全てを丸で囲み、その数量と、特別な指示事項を記入してください。) :

| 組織 | 数量 (Qty.) | 希望レンズ | 特別要件 (Special Requirements) |
|----------------------|-----------|--|-----------------------------|
| 新鮮な全眼球 (Whole Globe) | | <input type="checkbox"/> 無水晶体 Aphakic <input type="checkbox"/> 偽水晶体 Pseudophakic <input type="checkbox"/> 有水晶体 Phakic <input type="checkbox"/> 希望なし No preference | |
| 角膜 (Cornea) | | <input type="checkbox"/> 無水晶体 <input type="checkbox"/> 偽水晶体 <input type="checkbox"/> 有水晶体 <input type="checkbox"/> 希望なし | |
| その他 : (Other) | | <input type="checkbox"/> 無水晶体 <input type="checkbox"/> 偽水晶体 <input type="checkbox"/> 有水晶体 <input type="checkbox"/> 希望なし | |

ドナーの血清学が必要な場合は印を付けてください。必要な検査を記載してください。(別途料金。ご請求いただければ料金表をお送りいたします。)(Serology Required) : _____

ご署名 Signature

日付 Date

教授のご署名 (眼科研修医からのご依頼に必要)

日付

用紙に必要事項をご記入の上、ファクス 01-720-848-3938 または E メール distribution@corneas.org でお送りください。