

ホールスライドイメージシステム依頼書

依頼日	年 月 日	氏名	
所属		連絡先	
E-mail	@asahikawa-med.ac.jp		

依頼内容

スライド枚数 枚

NO.	スライド名 (組織名等)	染色名	スキャン倍率 20倍 40倍		希望ファイル名	備考
1			☐	☐		
2			☐	☐		
3			☐	☐		
4			☐	☐		
5			☐	☐		
6			☐	☐		
7			☐	☐		
8			☐	☐		
9			☐	☐		
10			☐	☐		
11			☐	☐		
12			☐	☐		

【受付方法】

※スライド提出前に担当者へご連絡をお願いします。

※画像観察にはOLYMPUS(EVIDENT)のOLYVIA V4.2ソフトウェアをダウンロードしてください。

※Zスタックスキャン Z軸(厚み)方向への連続スキャン等のご希望は別途ご相談ください。

※データ記録用にウイルスチェック済の記録媒体(USB、HDD)をご用意ください。

【備考】	
【担当者記入欄】	
受付番号	利用履歴表入力 済
納品日 月 日	Zスタックスキャン 有(別途依頼書作成) ・ 無
記録媒体	USB ・ HDD ・ その他()

【担当／連絡先】 実験実習機器センター 機器・化学実験室

井元(PHS 8629) 官野(PHS 8627) 智内(PHS 8628)

E-mail : kiki_tissue@asahikawa-med. ac. jp