



2016年 吉日

医療機関・検査機関の皆様へ

一般財団法人健やか親子支援協会

検体専用輸送サービス 全国運用開始のお知らせ

-今までありそうでなかったサービスを現実に-

謹啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。日頃より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今年**12月1日**より、検体専用輸送サービスを日本全国で開始するにあたり、ご案内を申し上げます。本サービスは、先だって今年7月より中部地区限定で開始しておりましたが、今後は、北海道から沖縄まで全国網での輸送を行います。

これまで、病気の検査や診断、治療開始後のフォローアップにおいて、検体を検査機関や医療機関に輸送する際、感染等のリスクが極めて低いと想定されるものであっても、一般貨物と同程度の条件で安価に引き受けてくれる輸送事業者が見つけないという状況がありました。

そのような状況を改善するため、荷の表に 検体 と大きく表示して、安全確実に安価に検体が目的地まで輸送されるような仕組みを創るべきと考え、本サービスを企画し、準備期間を経て、全国運用をスタートさせる運びとなりました。

検体専用輸送サービスをご利用いただく荷は、一般の貨物と分けけて、検体ごとの輸送条件に配慮して、丁寧に取り扱われます。また指定された場所（部署・部屋）に確実に集荷・お届けをするよう、特別な配慮がなされます。

ぜひ皆様には、検体専用輸送サービスのご利用を頂きたく、ご高配の程お願い申し上げます

なお、当協会 (<http://angelsmile-prg.com>) では、小児希少難病に関する支援プログラムを企画運営しており、この検体専用輸送サービスの輸送費の一部は、輸送会社＝プラスカーゴサービス株式会社のご厚意によりCSR（社会貢献）として、小児希少難病の患者支援や研究に役立てて参ります。

何よりも患者さんとそのご家族のために、皆様には何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

- 検体専用輸送サービスは、2016年**12月1日**より全国運用を開始します。
- ご注文・お問合せは、プラスカーゴサービス(株) 専用ダイヤル：052-365-3040 にご連絡ください。
- 本サービスでは、感染源となる検体はお取り扱いできませんので、予めご了承ください。なお、お客様に、危険負担に関する誓約書等の書類にサインや押印をお願いすることは一切ございません。

検体専用輸送サービスのご利用方法について

本輸送サービスの日本全国輸送は、平成28年12月1日より開始します(常温輸送です)。

本サービスは、医療を取り巻く社会的課題解決と、小児希少難病支援を目的とする、
(一財)健やか親子支援協会とプラスカーゴサービス(株)のCSR企画です。

お取り扱い可能な検体

血液	ろ紙血 (カスリーろ紙等)
血清	尿
その他の検体(感染性があるものを除く)	

書類を同封していただくことは問題ございません。
検体以外の荷のお取り扱いも致しておりますので、お気軽にお声がけください。

！ご注意ください



- 本サービスは、**常温での輸送のみ**となっております。
- 感染源となるような病原体や菌・ウイルスなど、リスクの高い検体については、お取り扱いができません。
- 万一、感染性のある検体を、ドライバーや担当者が知らずに運送を引き受けて何らかのアクシデントが発生した場合、お客様が事前にご存じであったときは、お客様にて責任を負っていただくことがあります。

PLUS
プラスカーゴサービス

《集荷のお申込み・お問合せ》

プラスカーゴサービス株式会社

名古屋営業所 検体便カスタマーセンター

専用ダイヤル: 052-365-3040 FAX: 052-365-3041

<http://www.plus-cs.co.jp>

配達希望日は、土日祝日の到着を避けてご指定ください。

お届け先は、指定されたお部屋まで、可能な限り直接お届けします。
住所欄に『〇〇棟〇階〇〇室』とご記入ください。

荷造りはお客様にてお願い致します。検体専用輸送サービスは、**常温輸送のみ**となっております。

- ✓ 検体は割れにくい容器に入れ、個包装し、クッション材を同梱してください。(シリンジでの送付は不可)
- ✓ **低温での輸送の場合**は、お申し込みの際に到着予定日をお伝えしますので、**日数分の保冷材やドライアイス**を入れてください。

ご記入頂きました個人情報等は運送目的にのみ使用いたします。

1105-20210400

配達希望日 X月XX日 配達 空港止() 市内止() 配 送

〒△△△△△△ 〇〇県△△市〇〇町1-2-3 4号棟5階

ABC大学医学部小児科 OPQ教室 様

〒△△△△△△ 〇〇県△△市〇〇町6-7-8 9号棟10階

XYZ病院 小児科 STU検査室 様

品名・記事 検体/血液
常温で輸送のこと
検体受付番号: GG123-456-78910

「品名・記事」欄には、『**検体**』と目立つようにご記入ください。そのほか、

- ✓ 検体受付番号等受取人様が識別できる番号
- ✓ 検体の種類及び**常温/低温のいずれか**を必ずご記入ください。
- ✓ その他、輸送上の注意事項があれば、ご記入ください。

※検体の種類に応じて輸送方法に配慮し、一般貨物と分けし、確実に、受取人に荷が届くまで、特別なお取扱いをさせていただきます。



必ず密閉後、蓋部分をガムテープで止めて下さい。

- ✓ 蓋はずれによる、中身の飛び出し防止
- ✓ 外部の温度や湿気等の影響を防止 のため

お客様に、危険負担に関する誓約書等の書類に、サインや押印をお願いすることは一切ございません。

※本資料に記載のない事項は、プラスカーゴサービス株式会社の『運送約款』に基づくものとします。

検体専用輸送サービスのご利用方法について

①集荷のお申込み

☎専用ダイヤル:052-365-3040
☎FAXダイヤル:052-365-3041

なるべくスムーズに建物内の集荷場所までお伺い致しますので、FAXにて、詳細事項をお伝えください。最初のお電話でご案内します。

- 集荷希望日と、ご訪問先をお知らせください。
- お申込み時に、荷物の到着予定日をお伝えいたします。通常1~2日程度ですが、場所によっては3~5日を要する所もあります。(地域によっては、航空便をご利用下さい)

FAX

集荷先及びお届け先の部局やお部屋の名称、駐車場利用に関する注意事項、建物入り口の場所とセキュリティ、その他敷地・建物内の地図など付けていただくと助かります。
また検体番号等をお伝えいただければ、集荷の際に確認します。



②集荷のご訪問

- 荷造りと伝票記載は、お客様にてお願い致します。
- ご指定の日に、ご指定のお部屋まで、集荷に伺います。
- 集荷の際、検体番号等を確認させていただきます。
- 検体以外のお荷物も、合わせて承ることができます。

※ご利用料金は※

配達料金(円/税込)~参考料品です

サイズ	60	80	100	120	140
料金	761円から	977円から	1193円から	1409円から	1625円から

- ◆ 料金は地域や距離により異なります。詳しくは担当者にお尋ねください。
- ◆ 離島や遠距離の場合、航空便運賃となります。
- ◆ 月末にまとめてお支払い頂くこともできますので、ご相談ください。

③お届け

<http://www.plus-cs.co.jp>

- Webページより、配達中/完了の状況がご覧頂けます。
- ご指定のお部屋までお届けします。
- お届けの際、受取人様は、検体番号等をご確認ください。



《お読みください》

- 配達先がお部屋番号等まで指定されている場合は、できる限りその指定場所まで直接届けるよう配慮いたします。ただし、配達先のセキュリティ等の都合により指定場所までお届けできない場合には、配達先の受取窓口に届いた時点で引渡し完了とさせていただきます。
- 荷造りが不完全であることが原因で問題が発生した場合には、運送会社では責任を負いかねますので、予めご了承ください。
- 配達先で受け取りを拒絶された場合や配達先が探し当たらない場合など、荷物の引渡しができない場合には、お客様にご連絡します。お客様より返却の指図があった場合または指図がないまま4日を経過した場合には、お客様に荷物を返却いたします。その場合、返却にかかる費用はお客様のご負担とさせていただきますので、予めご了承ください。
- 運送中に交通事故や、配達遅延の可能性がある場合、または荷物の滅失、毀損等を見つけたときは、お客様にご連絡します。

【免責事項】以下の事由による場合は、プラスカーゴサービス株式会社は一切の責任を負わないものとさせていただきます。

- 天災その他不可抗力による止むを得ない事由があるとき。
- 荷物の欠陥、自然の変質や滅失等。
- 荷送人の記載事項の誤記や不完全な荷造りその他、荷送人又は荷受人の故意又は過失により荷物の引き渡しが完了できないとき。
- 要凍結検体が引渡しの際に解凍状態となっていたとき。但しプラスカーゴサービス株式会社社の責めに帰す明確な事由がある場合を除く。
- 引受拒絶事由があるにもかかわらず、指定運送事業者が知らずに運送を引き受けた場合。
- その他、予見不能な状況が発生しとき。

その他、できる限りお客様の利益のために、適切な措置を取るよう配慮させていただきます。

検体集荷依頼票

プラスカーゴサービス株式会社
名古屋営業所 宛
電話番号 052-365-3040
FAX番号 052-365-3041

送信日:平成 年 月 日

集荷予定日	月 日 午前/午後 時 分 ※お電話で承った日時をご記入ください。
検体の種類と番号	種類: 番号:
*****[お申込人]*****	
ご 芳 名	
ご 所 属 先	
部 局 課 ・ 役 職	
ご 住 所	〒 ※「〇号棟〇階〇〇室」までご記入ください。
ご 連 絡 先	電 話 : F A X : メー ル :
*****[お荷物引取りの際の注意事項について]*****	
駐車場利用について	
建物入り口について	
セキュリティ対応	
そ の 他	

※可能であれば、敷地・建物内の地図など付けていただけると助かります。