

FAX : 076-269-4663

メール : chonaisaikin@yobouigaku.jp

★メールは2回目以降のやり取り時に使用可能となります。

★申込書受領後、協会担当者より折り返しご連絡のうえ、詳細内容を確定させていただきます。

腸内細菌検査申込書

ご記入日	年 月 日				
お客様名 (団体名)	フリガナ				部署・ご担当者名
ご住所	〒				TEL
					FAX
e-mail					
緊急時連絡先	氏名		TEL		FAX
検査頻度	<input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 定期 (月 回・年 回)				
検査項目 ・ 実施人数	<input type="checkbox"/>	①赤痢・サルモネラ	(白色袋)	@500円(税別)	人
	<input type="checkbox"/>	②赤痢・サルモネラ・腸管出血性大腸菌	(黄色袋)	@700円(税別)	人
	<input type="checkbox"/>	③腸管出血性大腸菌	(灰色袋)	@500円(税別)	人
	<input type="checkbox"/>	④ノロウイルス (リアルタイムPCR法)	(黄緑色袋)	@5000円(税別)	人
	<input type="checkbox"/>	⑤その他 ()			人
名簿提出	<input type="checkbox"/> FAX				
資材	お渡し	お申し込みから約5~6営業日後になります。			
	お渡し方法	<input type="checkbox"/> 当協会窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送			
検体	ご提出方法	当協会窓口へのお持ち込みをお願いしております。			
	ご提出日時	年 月 日 頃			
結果票	お渡し方法	<input type="checkbox"/> 当協会窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送 ※検体提出から5営業日以降 ※検体提出から7~10営業日以降			
	様式	標準：提出者結果一覧票 ※個人別に結果が必要な場合はご相談ください (個票)			
	宛名	※上記お客様名と異なる場合のみ下記にご記入ください。			
	送付先	※上記ご住所と異なる場合のみ下記にご記入ください。			
請求書	請求方法	<input type="checkbox"/> 結果に同封 <input type="checkbox"/> 検体窓口持ち込み時にお支払い			
	宛名	※上記お客様名と異なる場合のみ下記にご記入ください。			
	送付先	※上記ご住所と異なる場合のみ下記にご記入ください。			
備考					

※当協会記入欄※

団体コード		項目単価	(込・別)		対応担当	/
資材発送予定		検体提出方法			結果期限	