

検査申込書(腸内細菌検査用)

貴社名												
貴部署名 (事業所名・施設名等)												
ご住所	〒											
TEL												
FAX												
ご担当者 (フルネーム)												
E-mail												
ご連絡担当者 (フルネーム)												
報告書のFAX希望	<input type="checkbox"/> 希望する						<input type="checkbox"/> 希望しない					
報告書送付先	※上記と異なる場合にご記入ください											
ご請求先	※上記と異なる場合にご記入ください											
検査項目	a:	サルモネラ菌、腸チフス菌、パラチフス菌、赤痢菌										
	b:	a+腸管出血性大腸菌O-157										
検体数(人数)												
検査回数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ご質問、ご要望がございましたらこちらにご記入ください												

FAX 044-333-1655