

検査申込書(ノロウィルス検査用)

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	糞便のノロウィルス検査(RT-PCR法による検査)
検体数(人数)	
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

JFE東日本ジーエス株式会社 食品衛生調査センター