

↑ FAX : 03-3934-5827

腸内細菌検査 FAX申込み用紙<法人用>

ご記入日	年	月	日
------	---	---	---

<検査結果報告書・請求書送付先>

法人名			
電話番号		ふりがな	
郵便番号	—	ご担当者	様
ご住所			

店舗屋号	
------	--

容器送付先が店舗の場合、下記にご記入ください。

電話番号		ふりがな	
郵便番号	—	ご担当者	様
ご住所			

検査項目を○で囲んで、数量をご記入ください。

検査項目・料金(税込)	内訳	数量
5項目 <1名1,000円> <複数名822円>	赤痢菌・サルモネラ・チフス菌・パラチフス菌 腸管出血性大腸菌O157	名分
7項目 <1名1,500円> <複数名1,296円>	赤痢菌・サルモネラ・チフス菌・パラチフス菌 腸管出血性大腸菌O157・O26・O111	名分
ノロウイルス <6,480円>	ノロウイルス検査(RT-PCR法)	名分

検査容器の発送は当日の夕方、もしくは翌営業日となります。
お急ぎの方はFAX送信後、電話にて発送日の確認をお願い申し上げます。
検査終了後、検査結果報告書ならびに請求書を郵送させていただきます。

一般社団法人東京都食品衛生協会
東京食品技術研究所
臨床検査部 事業課
TEL 03-3934-5823

営業時間のご案内 平日9:15~17:00 ※土日祝日休業
