

# ↑ FAX : 03-3934-5827

## 腸内細菌検査・ノロウイルス検査申込用紙 <個人用>

ご記入日	年	月	日
------	---	---	---

ふりがな お名前	
-------------	--

郵便番号	—	電話番号	
ご住所			

検査項目を○で囲んで下さい。

検査項目 <料金(税込)>	内 訳
基本セット 5項目 <1,100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
安全セット 7項目 <1,650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
ノロウイルス <6,600円>	ノロウイルス検査 (リアルタイム-PCR法)

お支払方法を○で囲んでください。

- A. 請求書(検査結果書同封)にて後日振り込み (みずほ銀行)
- B. 検査前に払込 (ゆうちょ銀行 ※払込票は検査キットに同封)
- C. 検査料金分の定額小為替を予め購入し検体提出時に同封

検査キットの発送は申込当日の夕方、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。

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

営業時間のご案内

平日9:15~17:00

※土日祝日休業

# ↑ FAX : 03-3934-5827

## 腸内細菌検査・ノロウイルス検査申込み用紙 <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	
ご住所			
店舗・施設名 <small>法人名のみ場合は未記入</small>			

容器送付先が異なる場合（店舗・施設等）下記をご記入ください。

電話番号		ふりがな	
郵便番号	—	ご担当者	
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
基本セット 5項目 <1名1,100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
安全セット 7項目 <1名1,650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 <6,600円>	ノロウイルス検査（リアルタイム-PCR法）	名分

お支払方法を○で囲んでください。

- A. 請求書(検査結果書同封)にて後日振り込み（みずほ銀行）
- B. 検査前に払込（ゆうちょ銀行 ※払込票は検査キットに同封）

上記以外の検査項目についてはお問い合わせください。

検査キットの発送は申込当日の夕方、もしくは翌営業日となります。

お急ぎの場合はFAX送信後、電話にて発送日の確認をお願い申し上げます。

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

営業時間のご案内

平日9:15~17:00

※土日祝日休業