

↑ 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 | | | |

お申し込みされる検査項目を○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 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 |
|-------------------------------------|

↑ 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>

※個人で複数名お申込の場合もお使い頂けます

| | | | |
|------|---|---|---|
| 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 |
|--|--|----|
| 5項目 <1名1,100円> <複数名同送880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1,650円> <複数名同送1,320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 |

※複数検体割引はおまとめ返送いただいた場合の適用となります。個別返送の場合は1名様料金の適用となります。

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同封）

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 事業課
TEL 03-3934-5823

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。

| |
|-------------------------------------|
| 営業時間のご案内 平日9:15~17:00 ※土日祝日休業 |
|-------------------------------------|