

# ↑ 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	様
ご住所			

店舗屋号	
------	--

容器送付先が店舗の場合、下記にもご記入ください。

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825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1,320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RT-PCR法)	名分

お支払方法をご指定ください。

- A. 請求書にて後日振り込み(みずほ銀行)
- B. 検査前に振り込み(ゆうちょ銀行)

上記以外の検査項目についてはお問い合わせください。

検査容器の発送は当日の夕方、もしくは翌営業日となります。

検査終了後、検査結果報告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
---