

こちらの検査依頼書と被検者名簿にご入力いただき、FAXまたはメールに添付してお送りください。

記入年月日	西暦 20 年 月 日			
ご依頼者	社名・施設名			
	住所	〒		
	振込名義人 (カタカナ)			
	検査キット 送付先	(名称)	<input type="checkbox"/> 同上	
		〒	<input type="checkbox"/> 同上	
	ふりがな			
	担当者			
	電話番号		FAX番号	
E-mail				
検査の項目	<input type="checkbox"/> 検便検査一般検査セット <input type="checkbox"/> 一般項目+腸炎ビブリオ菌 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌4種(O-157・O-26・O-111・O-128) <input type="checkbox"/> ノロウイルス(RT-PCR法) <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌50種(O-157・O-26・O-111・O-128) <input type="checkbox"/> ノロウイルス(イムノクロマト簡易法)			
実施人数・開始予定	1回あたり 人	開始月:西暦 20 年 月 日		
実施予定・回数	回 / 年	<input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月		
備考欄				

検便検査.com
(株式会社新潟環境リサイクル)

宛

Fax: 0256-64-8039

Mail: info@kenben-kensa.com

Tel: 0120-288-866 (平日 9:00-17:00)