

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)

被 検 者 名 簿

検便検査Web - <http://kenben-kensa.com>

社名・施設名

様

注1)50名以上の場合は適宜シートを増やしてご入力ください。

注2)名簿は依頼書とともにFAXいただくか、ホームページのご注文フォームから添付でお送りください。

No.	氏 名	受付	No.	氏 名	受付
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		