

腸内細菌検査（検便）ノロウイルス検査依頼書 **【新規・既存】**

御依頼日	(西暦)	年	月	日	曜日	時間	AM PM	:
フリガナ							印	
会社名又は お客様名								
フリガナ								
支店名 (所属名)								
フリガナ								
住 所	〒 -							
ご連絡先	【 TEL 】				【 FAX 】			
検査内容	<input type="radio"/> ノロウイルス	方法	<input type="radio"/> RT-PCR法 <input type="radio"/> イムノクロマト法					
		納期	<input type="radio"/> 至急 <input type="radio"/> 通常					
	<input type="radio"/> 通常検便	検査項目	<input type="radio"/> 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸チフス、パ ^ラ チフスA <input type="radio"/> 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸チフス、パ ^ラ チフスA、O157 <input type="radio"/> 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸チフス、パ ^ラ チフスA、病原性大腸菌 <input type="radio"/> 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸チフス、パ ^ラ チフスA、腸管出血性大腸菌 <input type="radio"/> 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸チフス、パ ^ラ チフスA、O157、O26、O111					
<input type="radio"/> 上記以外の検査項目 ()								
報告書	<input type="radio"/> お引き取り	<input type="radio"/> 郵送	<input type="radio"/> 電子メール (署名付き)	名簿添付		有 ・ 無		
検査料金	<input type="radio"/> 領収済み							
			円 ×	検体 =	円			
	<input type="radio"/> 未収							
				消費税	円			
				合計	円			
弊社記入欄								

弊社では、御記入頂きました内容は個人情報として取り扱い致します。また、お預かり致しました情報は、御依頼頂きました検査、分析、報告とそれに関連する業務にのみ利用致します。詳細は、弊社HPをご覧ください。

受 取 担当者	検査受付 担当者	経 理 担当者
/	/	/