

⇒お申込みFAX番号 058-293-9058

下記にて、お客様のお名前・ご住所・ご連絡先電話番号・数量をご記入の上、FAXでご注文ください。

※個人でお申込みの場合は施設名は不要です。

施設名

ふりがな
お名前

お申込み日

年 月 日

〒 -
ご住所

電話番号 ()
<携帯電話>

FAX ()

検査項目選択

いずれかに○	検査種目	単価(税別)	数量
<input type="checkbox"/>	■3項目 赤痢・サルモネラ(チフス・パラチフスを含む) ・腸管出血性大腸菌O157	800円	
<input type="checkbox"/>	■5項目 赤痢・サルモネラ(チフス・パラチフスを含む) ・腸管出血性大腸菌O157、O26、O111	1,200円	

検査容器お渡し方法選択

<input type="checkbox"/>	手渡し
<input type="checkbox"/>	郵送(120円別途)

※検査容器を手渡しの場合は、その時点での現金前払いとなります。

※郵送の場合は郵便局振込の払込用紙を同封します。手数料は不要です。

検体受理方法

<input type="checkbox"/>	当検査所への持込
<input type="checkbox"/>	郵送

※検体郵送の場合の送料はお客様負担となります。

検査報告書お渡し方法選択

<input type="checkbox"/>	手渡し
<input type="checkbox"/>	郵送(84円別途)

※検査終了後、ご入金を確認してからの結果書発送となります。

弊社 記入欄	受付日		結果作成者	
	受付者	<input type="checkbox"/> 入金確認	結果発送者	



国産薬品工業株式会社

登録衛生検査所 登録番号 第213401号

〒501-1182
岐阜県岐阜市秋沢370-3
TEL 058-293-9055