

腸内微生物検査登録申込書

貴社名(フリガナ)

申込日 年 月 日

所在地 〒

TEL - -

FAX - -

ご担当所属名

ご担当者名

※ ご担当者の方の所属部署名・氏名をご記入下さい。万一異常(陽性)のあった場合等ご連絡致します
また、ご担当者の変更があった場合は“担当者変更”の旨ご連絡下さい

実施者リスト

どちらかにチェックして下さい

- 実施者リスト無** 個人氏名欄を空白で、ラベルを作成します。
各個人で名前をご記入下さい。判読不明瞭な字体の場合
正しい氏名での報告書が作成できない場合があります。
- 実施者リスト有** 個人氏名を印字したラベルを作成します。
 - Faxにて送付 : 読み取れない場合があるので少し拡大し送信して下さい。
 - メールで送付 : 会社名・氏名(漢字フルネーム)・性別をエクセルで作成し
添付ファイルで送信してください。kensa@medical-r.co.jp

ご依頼内容

どちらかにチェックして下さい

- 検査項目
- 基本セット(赤痢菌・サルモネラ属菌)
 - 一般項目セット(赤痢菌・サルモネラ属菌・O-157)
 - 腸管出血性大腸菌セット(赤痢菌・サルモネラ菌・O-26・111・128・157)
*サルモネラ属菌は腸チフス・パラチフスA菌を含む
- 報告書仕様
- Aパターン
 - 一覧報告書 : まとめて一覧にした報告書
 - 部署別報告書 : 部署別に改ページした報告書
 - AIIパターン 個人別報告書

年間実施予定

検査の年間予定表をご記入下さい

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
基本セット												
一般セット												
その他												

検査実施予定月に予定本数または○をお入れ下さい

その他

- * 容器発送について
申込書にご記入の上弊社にFaxして下さい。容器とラベルを発送します。
- * 検査日数等について
検査にかかる日数は通常三日程度(土日祝祭日等、弊社休業日除く)ですが
前後に送付日数が付加されます。
- * ご請求について
指定銀行口座、または郵便局にてお振込下さい。恐れ入りますが振込手数料はご負担願います。

お振込方法をお選び下さい

- 銀行
- 郵便局

株式会社 マリス分析センター
〒182-0035 東京都調布市上石原1-25-47
TEL:042-499-8885 FAX:042-499-8889