

個人ご依頼申込書 《お1人様用》

個人で申込・支払を行う、個別検査キットです。

検査キットを1セット、DM便等でお送りいたします。

(1回のご注文で複数のセットはお送りできません)

お届けには数日かかりますので、余裕をもって、お申込下さい。

* 過去に無断検査キャンセルや、検査実施が未定(容器のストック)等があった場合
発送をお断りする場合もございます。

《注意事項》

* お申込後は、キャンセルが出来ませんのでご注意下さい。

* お申込後、1ヶ月以内に検査実施が無い場合は検査代金と同額のご請求をさせていただきます。

上記注意事項に同意された方は、下記を記入後弊社までFAXにてお申込下さい。

《申込日》 年 月 日
(土日祝祭日・年末年始等の弊社休業日は翌営業日の発送となります)

フリガナ)
《氏名》 漢字) _____ 様

《ご住所》 〒 _____

《お電話》 _____

昼間ご連絡がとれる番号をご記入下さい

《検査項目》一般的に必要なセット項目検査です。

赤痢菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌O-157

(サルモネラ属菌は腸チフス菌、パラチフスA菌を含みます)

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

FAX 042-499-8889