

腸内微生物検査登録お申込書《A・AIIパターン》

学校用

学校名(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

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 : 団体名・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。

メールアドレス
kensa @ medical-r.co.jp

A列	B列	C列
団体名	氏名	性別
1年1組	健康 太郎	男
	健康 次郎	男
1年2組	福祉 花子	女
⋮	⋮	⋮

ご依頼内容

どちらかにチェックして下さい

- 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 : 団体別に改ページした報告書
 - AIIパターン.....個人別報告書

その他

- * 検査項目
一般項目セット《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・パラチフスA菌を含む
*追加項目がある場合はご連絡下さい
- * 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。
- * 請求について
翌月末までに、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