

Bパターン新規登録申込書

下記に記入の上、弊社までFAXしてください。

団体(学校・企業)のご担当者様用 Bパターンの申込書です。

個人で依頼される方は『個人ご依頼申込書』をご使用ください。

《企業名》

《学校名》

《ご担当者》 部署名 _____ ご氏名 _____ 様

《所在地》 〒 _____

《ご連絡先》 電話 _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

- 《お支払》
- 各個人支払 (B個人支払パターン) 検査実施者各個人がお支払いになる方法です
報告書は各個人宅に送付されます
検査実施者以外には検査データ等の情報の開示はできません
 - 団体支払 (B団体請求パターン)
 - * 報告書送付先 ご担当者様 各個人宅
 - * MACCS利用 利用する 利用しない
 - * お支払方法 銀行振込 郵便振込
 - * 実施予定者リスト 有 無
リストは氏名(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

《検査項目》 一般的に必要なセット項目検査です。単項目での受付は行なっておりません。
追加項目がある場合はご連絡下さい。

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菌、パラチフスA菌を含みます)

容器には有効期限があります
約1年間程度で使いきれのセット数でお申込下さい

ご希望検査キット数量 _____ セット

採便容器は常温で1年半～2年弱保管可能です。
有効期限の過ぎた容器で送られた場合、検査はできません。
(有効期限は検査容器に印字されています)
検査キットの紛失等が多い場合、次回容器発送をお受け出来ない場合があります。

FAX

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