

腸内微生物検査登録申込書

学校名

申込日 年 月 日

ご担当所属名

様

ご担当者名

所在地 (どちらかにチェックして下さい) 〒
(送付先) 自宅・学校

TEL

FAX

学園祭実施日 月 日()~

実施予定人数 約 人

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(クラス名など)、名前、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・腸管出血性大腸菌O-157
 *サルモネラ属菌は腸チフス・パラチフスを含む

報告書仕様

- 一覧報告書: まとめて一覧にした報告書
 部署別報告書: クラスや団体別にページを変えた報告書

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。
 検体発送料金は、各学校でご負担ください。
 (但し、1回の検体発送数が50本以上の場合は着払い可。後日請求は出来ません。)

* 検査日数・ご報告書について

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。余裕を持ったスケジュールを組んでください。
 最終検体の送付時に、【追加検体ナシ】の旨をお知らせ下さい。
 検査ご報告書を送付させていただきます。

* ご請求について

請求書について何かご指定のある方は、事前にご連絡下さい。
 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