

団体用Bパターン登録申込書

フリガナ	申込日	年	月	日
団体名 (貴社・貴校)				
〒				
ご住所				
TEL	-	-	FAX	-
ご担当 所属名	ご担当者名			

【パターンの選択】☑して下さい

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| { | ☐ Bパターン個人支払 | 検査実施者の各個人がお支払いになる方法です
各個人と弊社とのお取引になり、各個人に検査結果をご報告します
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 |
| | ☐ Bパターン団体請求 | 各個人及び団体ご担当者様に検査結果をご報告し、団体宛にご請求書を発行いたします
団体と弊社とのお取引になります
管理システムMACCSのご利用で各人の検査状況の確認がリアルタイムで可能です |
- | | | | |
|---|------------|--------------------------------|--|
| { | ● MACCS利用… | ☐ 利用しない | ☐ 利用する(MACCS同意書を送信してください) |
| | ● お支払い方法… | ☐ 郵便局振込 | ☐ 銀行振込 |
| | ● 実施者リスト… | ☐ 無 | ☐ 有
氏名(漢字フルネーム)をエクセルで作成し
添付ファイルで送信してください
学籍番号などの記載も可能です
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っておりません 追加検査項目がある場合はご連絡ください

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・パラチフスA菌を含みます

検査容器には有効期限があります
約1年程度で使い切れるセット数でお申込みください
FAXまたはメールにてお申込みください

ご希望検査キット数量 _____ セット

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