

A・AⅡ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			

【実施者リスト】☑して下さい

- 実施者リスト
 - ☐ 無 : ラベルの個人氏名欄を空白で作成しますので手書きでご記入ください
 - ☐ 有 : 個人氏名を印字したラベルを作成しますので氏名をお知らせください
 - ☐ Faxにて送信
 - ☐ メールで送信 : 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 kensa@medical-r.co.jp

【ご依頼内容】☑して下さい

* サルモネラ属菌は腸チフス・パラチフスA菌を含みます

- 検査項目
 - ☐ 一般項目セット(赤痢菌・サルモネラ属菌・O-157)
 - ☐ 腸管出血性大腸菌セット(赤痢菌・サルモネラ属菌・O-26・111・128・157)
- 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 : 部署別に改ページした報告書
 - ☐ AⅡパターン 個人別報告書

【年間実施予定】検査実施予定月におおよその検査予定数を入れ年間予定をお知らせください

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
一般項目セット												
腸管出血性大腸菌セット												

- ## 【その他】
- 容器発送について
申込書にご記入の上弊社にFaxまたはメールにて送信して下さい 容器とラベルを発送します
 - ご請求について
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ください

☐ 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