

腸内細菌検査申込書

検査名：腸内細菌検査（赤痢菌・O-157・糞形菌 ※腸チフス・パラチフス含む。）

※検体は、採取後冷蔵所にて5日以内の保存であれば検査が可能です。

検査料金：1検体につき1,000円（消費税込）

※検査料金は、原則として検体提出時に現金でお支払いください。

【お客様記入欄】 ※太枠内のみご記入ください。

年 月 日

お客様名						
所在地		〒				
電話番号		FAX番号				
担当者様所属		担当者様氏名				
予定数	個	お客様希望日 受渡方法	第1希望		第2希望	
			平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
		□回収 □持ち込み		□回収 □持ち込み		
通信欄						

【事業団使用欄】 ※この欄には記入しないでください。

決定年月日				資材発送日			
平成	年	月	日	平成 年 月 日			
平成	年	月	日	郵送 ・ 持参			
回収							

お手数ですが、FAXにて下記へ送信をお願いします。

FAX送信先：0493-81-6749

〒355-0133

埼玉県比企郡吉見町江和井410-1

公益財団法人埼玉県健康づくり事業団

（お問い合わせ先）

業務調整部 営業企画課

月～金（祝祭日・年末年始を除く）9：00～17：00

TEL：0493-81-6029

FAX：0493-81-6749