

検査キット（資材）依頼書

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	第1希望
		受渡方法	第2希望
		平成 年 月 日	平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 持ち込み	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 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