

検査申込書(ノロウイルス検査用)

貴社名													
貴部署名 (事業所名・施設名等)													
ご住所	〒												
TEL													
FAX													
ご担当者 (フルネーム)													
E-mail													
報告書の メール・FAX希望	<input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> メール(PDF添付) <input type="checkbox"/> 希望しない												
検査キット送付先	※上記と異なる場合にご記入ください												
報告書送付先	※上記と異なる場合にご記入ください												
ご請求先	※上記と異なる場合にご記入ください												
検査項目	糞便のノロウイルス検査(RT-PCR法による検査)												
検体数(人数)													
検査予定月/回数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
ご質問、ご要望がございましたらこちらにご記入ください													

FAX 044-589-8017

JFE東日本ジーエス株式会社 食品衛生調査センター

ファックスのご利用が出来ない方は、044-589-7090までお電話ください