

検便申込書

お申し込み日 平成 年 月 日

店舗／施設名

フガナ

担当者名

検査予定人数 名

細菌性検便(赤痢、サルモネラ、腸管出血性大腸菌 O-157)

毎年実施を希望

任意月で実施を希望→希望月を○で囲んで下さい。

1月	2月	3月	4月	5月	6月
7月	8月	9月	10月	11月	12月

今回のみ実施を希望 月

ノロウイルス検便

任意月で実施を希望→希望月を○で囲んで下さい。

10月	11月	12月	1月	2月	3月
-----	-----	-----	----	----	----

今回のみ実施を希望 月

結果送付先 ご希望の結果送付先にチェックをつけて下さい。

実施店舗

実施店以外

送付先住所 〒

会社・担当者名

電話番号

細菌性検便 料金：1検体につき520円（税込み546円）

ノロウイルス検便 料金：1検体につき5,500円（税込み5,775円）

お振込み先 三菱東京UFJ銀行神楽坂支店（普）4268500

お問い合わせ先 TEL：03-3266-7164 FAX：03-3266-7169 担当：島村