ノロウィルス検便依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| **貴社名****担当者様** |  |
| **事業所名** | 同上の場合は空欄 |
| **住所** | 〒 |
| **連絡先** | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　FAX |
| **お申込み総数** |  |

**※カタカナでご記入ください（漢字では読めない場合があります）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **氏名（カタカナ）** | **検査目的** |
| **1** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **2** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **3** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **4** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **5** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **6** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **7** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **8** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **9** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **10** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **11** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **12** |  |  | **□公定検査（ELIZA）　□自主検査（PCR）** |
| **お問い合わせや検査容器のご請求、検体送付先****株式会社ＡＨＣ****TEL０２７－２５３－１５１５　FAX０２７－２５２－９３６９****〒３７１－０８３１　群馬県前橋市小相木町３４３－１** |