

受付日	受付番号

当社使用欄

## 検便検査依頼書

所属・ご氏名			
住所	〒		
メール		電話	

検便キット：要送付（送料+660円） 窓口引取

支払方法：現金 振込 請求書（法人）

（@税込表示）

No.	検査項目	単価@	人数	結果の受領方法	合計（円）
1	基本5項目	715円		<input type="checkbox"/> 郵送 110円 <input type="checkbox"/> メール 0円 <input type="checkbox"/> 窓口引取 0円	
2	基本5項目+血清型別	935円			
3	ノロウイルス	4,950円			
	お支払金額合計				

氏名はカタカナでご記入ください。（漢字では読めない場合がございます。）

No.	検査項目	氏名（カタカナ）	No.	検査項目	氏名（カタカナ）
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

### 【依頼時のご了承事項】

※採便後の返送は本依頼書を同封してください。窓口にお持ちいただく場合もかならずご持参をお願いします。

※現金でのお支払いは、キットの引取時をお願いします。また、釣り銭のないようご準備をお願いします。

採便後の提出先：株式会社 AHC 〒371-0831 群馬県前橋市小相木町 343-1

Email [service@ahc-bact.co.jp](mailto:service@ahc-bact.co.jp)