

依頼日：平成 年 月 日

(財) 東京顕微鏡院 食と環境の科学センター

立川研究所 営業部 営業第2グループ 担当： 宛

FAX: 042-525-3645

糞便中のノロウイルス検査依頼書

太枠線内ご記入の上、上記までFAXにてお申し込みください。

| | | | |
|---------|-------------|------------|----------|
| 会社名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL/FAX | TEL: () | FAX: () | |
| 担当者氏名 | | 代表者 連絡先 | TEL: () |
| 開始希望日 | 平成 年 月 日() | 実施回数 | 回/年間 |
| 実施人数 | 人 | 実施項目 | ノロウイルス |

以下当科学センター使用欄

| | | | |
|--------------|--|---------------|------------------------|
| 顧客コード | | | |
| 初回容器搬入日 | 平成 年 月 日() | 搬入方法 | 巡回・宅配・郵送 |
| 回収日 (予備日) | | 回収方法 (予備日) | 巡回・宅配・郵送 (巡回・宅配・郵送) |
| 検体締め日 | | | |
| 報告日 | | 報告方法 | 巡回・宅配・郵送 |
| 報告書宛名 | 施設名・その他() | | |
| 報告先 | 実施施設担当者宛・その他() | | |
| 請求書宛名 | 施設名・その他() | | |
| 請求先 | 報告書に同じ・その他() | | |
| 請求日 | 指定なし・報告書に同封・請求日指定 平成 年 月 日() 請求方法：巡回・宅配・郵送 | | |
| 支払方法 | 振り込み・集金(領収書名) | | |

上記のとおり受付いたしました。お申し込みありがとうございました。

平成 年 月 日() 受付者