

検便申込書

お申し込み日 年 月 日

店舗／施設名

フリガナ

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

容器及び結果送付先

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(税別)

毎月実施の場合は 1 検体につき 470 円(税別)になります。

ノロウイルス検便 料金:1 検体につき 5,500 円(税別)

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 株式会社 エム・エイチ・エス

TEL:(03)3266-7164 FAX:(03)3266-7169

担当:高田