

# 腸内細菌検査申込書

<b>美濃加茂</b>	〒505-0046 美濃加茂市西町7丁目169番地 TEL (0574) 26-1718	<b>FAX 0574-25-1934</b>
<b>中津川</b>	〒508-0001 中津川市中津川2973番地6 アルタイル21 1階 101号室 TEL (0573) 66-5257	<b>FAX 0573-66-7921</b>

※FAX 番号はお間違えないよう、ご注意ください。

下記を全てご記入頂き、FAX をお送りください。

申込日	平成 年 月 日		
氏名又は商号又は名称 (結果報告書の宛名)	連絡責任者名 ( )		
住所	〒 —		
TEL	( ) —	FAX	( ) —
検査項目 (目的菌) 及び 人数	<input type="checkbox"/> 2項目セット (赤痢・サルモネラ) ※腸チフス・パラチフス含む	名	820円(税込)
	<input type="checkbox"/> 3項目セット (赤痢・サルモネラ・0-157) ※腸チフス・パラチフス含む	名	2,680円(税込)
	<input type="checkbox"/> 5項目セット (赤痢・サルモネラ・0-157・0-26・0-111) ※腸チフス・パラチフス含む	名	3,200円(税込)
支払方法	銀行振込	口座名義	
	※口座名義は正確にご記入ください。		

※実施人数は請求に関わってきますので、出される人数を正確にご記入ください。

※お支払いは銀行振込のみになります。