

腸内細菌検査申込書

美濃加茂	〒505-0046 美濃加茂市西町 7 丁目 169 番地 TEL (0574) 26-1718	FAX 0574-25-1934
中津川	〒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	FAX 0573-66-7921

※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	令和 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	840 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	2,730 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	3,260 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。