

ノロウイルス検査 受付書

BN

受付日： 年 月 日

貴社名	(株) 名古屋衛生細菌技術センター		
ふりがな	えいせい たろう		
氏名	衛生 太郎		
ご住所	〒 464 - 0850		
	愛知県名古屋市千種区今池 5-18-11		
電話番号	052 - 731 - 5012	FAX	052 - 731 - 5770
E-mail			
検査項目	☒	ノロウイルス (イムノクロマト法)	税込 3,300 円
	☐	ノロウイルス (リアルタイムPCR法)	税込 11,000 円
成績書受取方法	☒ 郵送	☐ 来社 (月 日)	
お支払い方法	☒ 現金	☐ 請求書 (2 回目以降のご利用であれば選択可)	
	※初回のみ、お支払い方法が現金となります。		

備考欄

弊社記入欄	
☐ 返信用切手 110円	金額 (税込) 円

受取時間	:	窓口担当	
検査日	年 月 日	印	
発行日	年 月 日		