

ノロウイルス検査 受付書

BN

受付日： 年 月 日

貴社名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX	
E-mail			
	氏 名	カナ	
1			
2			
3			
4			
5			
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		