

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		氏 名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	
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		