

腸内細菌検査（検便）依頼書

【新規・既存】

御依頼日	(西暦)	年	月	日	曜日	ご担当者名	
フリガナ							
会社名又は お客様名							
フリガナ							
支店名 (所属名)							
フリガナ							
ご住所	〒 -						
ご連絡先	【 TEL 】			【 FAX 】			
検査内容	<input type="radio"/> ノロウイルス	方法	<input type="radio"/> RT-PCR法	<input type="radio"/> EIA法			
	<input type="radio"/> 通常検便	検査項目	赤痢菌、サルモネラ菌、腸チフス、パラチフスA、腸管出血性大腸菌 腸管出血性大腸菌（EHEC）には、O26・O103・O111・O121・ O128・O145・O157等50種の血清型が含まれます。				
	<input type="radio"/> 上記以外の検査項目（ ）						
報告書	<input type="radio"/> お引き取り <input type="radio"/> 郵送						
検査料金	_____ 円 × _____ 検体 = _____ 円						
	<input type="radio"/> 領収済み（現金，_____）					消費税 _____ 円	
	<input type="radio"/> 未収（銀行振込，集金_____）					合計 _____ 円	
弊社記入欄							

弊社では、御記入頂きました内容は個人情報として取り扱い致します。
また、お預かり致しました情報は、御依頼頂きました検査、分析、報告とそれらに関連する業務にのみ利用致します。
詳細は、弊社ホームページをご覧ください。(<http://www.toholab.co.jp>)

上記検査でご不明な点やご質問がございましたらお手数では
ございますが、弊社までご連絡をしていただきますようよろしく
お願い致します。

(連絡先)

株式会社 東邦微生物病研究所
〒556-0001 大阪市浪速区下寺3-11-14

TEL 06-6648-7157 FAX 06-6636-9266

受取 担当者	検査受付 担当者	経理 担当者
/	/	/
受取時間	AM PM	:

記入見本

お手数ですが太枠内のご記入お願い致します

腸内細菌検査（検便）依頼書

【新規・既存】

御依頼日	(西暦) 2021 年 4 月 1 日 木 曜日		ご担当者名	東邦太郎
フリガナ	カブシキガイシャ トウホウビセイブツショクヒン			
会社名又は お客様名	(株)東邦微生物食品			
フリガナ	おおさかしてん			
支店名 (所属名)	大阪支店			
フリガナ	おおさかふおおさかしなにわくしもでら			
ご住所	〒 556 - 0001 大阪府大阪市浪速区下寺〇-〇〇-〇〇			
ご連絡先	【 TEL 】 00-1234-5678		【 FAX 】 00-1234-5678	
検査内容	<input type="radio"/> ノロウィルス	方法	<input type="radio"/> RT-PCR法	<input type="radio"/> EIA法
	<input checked="" type="radio"/> 通常検便	検査項目	赤痢菌、サルモネラ菌、腸チフス、パラチフスA、腸管出血性大腸菌 腸管出血性大腸菌 (EHEC) には、O26・O103・O111・O121・ O128・O145・O157等 50種の血清型が含まれます。	
	<input type="radio"/> 上記以外の検査項目 ()			
報告書	<input type="radio"/> お引き取り <input checked="" type="radio"/> 郵送			
検査料金	_____ 円 × _____ 検体 = _____ 円			
	<input type="radio"/> 領収済み (現金 , _____)		消費税 _____ 円	
	<input type="radio"/> 未収 (銀行振込 , 集金)		合計 _____ 円	
弊社記入欄				

弊社では、御記入頂きました内容は個人情報として取り扱い致します。
また、お預かり致しました情報は、御依頼頂きました検査、分析、報告とそれらに関連する業務にのみ利用致します。
詳細は、弊社ホームページをご覧ください。(<http://www.toholab.co.jp>)

上記検査でご不明な点やご質問がございましたらお手数では
ございますが、弊社までご連絡をさせていただきますようよろしく
お願い致します。

(連絡先)

株式会社 東邦微生物病研究所
〒556-0001 大阪市浪速区下寺 3-11-14

TEL 06-6648-7157 FAX 06-6636-9266

受取 担当者	検査受付 担当者	経理 担当者
/	/	/
受取時間	AM PM	:

腸内細菌検査(検便) 御依頼名簿

西暦 年 月 日

会社名

支店(店舗)名

※「腸内細菌検査(検便)依頼書」を必ず添付していただきますようよろしくお願い致します。

下記の通り検便を申し込みます。

フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	

フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	

ノロウイルス検査(検便) 御依頼名簿

西暦 年 月 日

会社名 _____

支店(店舗)名 _____

※「腸内細菌検査(検便)依頼書」を必ず添付していただきますようよろしくお願い致します。

下記の通り検便を申し込みます。

フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	

フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	

腸内細菌検査(検便) 御依頼名簿

記入見本

西暦 2021年 4 月 1日

会社名 **(株)東邦微生物食品**

支店(店舗)名 **大阪支店**

※「腸内細菌検査(検便)依頼書」を必ず添付していただきますようよろしくお願い致します。

下記の通り検便を申し込みます。

フリガナ	トウホウ タロウ
名 前	東邦 太郎
フリガナ	ナニワ ジロウ
名 前	浪速 次郎
フリガナ	オオサカ サブロウ
名 前	大阪 三郎
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	

フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	
フリガナ	
名 前	