

ノロウイルス検便検査依頼書

企業名 :			
事業所 :			
キット送付先 :	〒		
TEL :		FAX :	
ご担当者 :			
報告書取扱 :	<input type="radio"/> WEBによる閲覧 (E-mail 必要)		<input type="radio"/> 原本の郵送
※キット送付先と異なる場合はご連絡ください			
※どちらかお選びください E-mail :			
頻度 :	<input type="checkbox"/> 1回のみ	定期的場合は 右記へチェック	<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月

名簿

No.	氏名	性別	No.	氏名	性別
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

検査ご依頼方法

- 上記太枠内の必要事項にご記入いただき、下記 **お問い合わせ先** へメールもしくはFAX送信してください。
※弊社と初めてお取引させていただく場合は、別途得意先申請書のご提出が必要です。
- 採便キット到着後、下記①～④の手順を参考に便を採取してください。
 - 検査容器のキャップを回して開けてください。
 - 検査キットの先端のスプーン部分を使って検体を3g程度(小豆大)採取して下さい。
水溶性の場合は検査容器に1ml(人差し指1本分)採取してください。
 - 検体は検査容器の外装に付着しないようにして下さい
 - キャップをしっかり閉めて青いビニール袋に入れて下さい
※血液が入っていても支障はありません
- 採便後、検体容器と検査依頼書(名簿)を同封して下記 **検体送付先へ宅配便** で発送してください。
※検体は外気温が25℃以下であれば採取後1週間以内に、35℃を超える場合は採取後3日以内に到着する様に送って下さい。
- 宅配便の問い合わせ番号を下記へ記入し、**お問い合わせ先** までメールもしくはFAXにてお知らせください。
- 検査完了後、ご希望の報告書取扱い方法にて結果をお知らせいたします。

宅配便問い合わせ番号

()

検体送付先

株式会社みらい
〒359-1111 埼玉県所沢市緑町2-7-13
TEL:042-968-4097

株式会社みらい 九州ラボ
〒811-2205 福岡県糟屋郡志免町別府3-10-23
TEL:092-692-8871

お問い合わせ先

株式会社スズカ未来

※弊社記入欄 担当部署を選択

TEL :059-379-0077 FAX:059-367-7610

E-mail: mylabo@suzukamirai.jp

※アドレスをクリックするとメール画面が開きます