

## ノロウイルス検便依頼書

貴社名 担当者様			
事業所名	同上の場合は空欄		
住所	〒		
連絡先	TEL	e-mail	
	FAX		
お申込み 総数			

※カタカナでご記入ください（漢字では読めない場合があります）

No.	氏名（カタカナ）	検査目的
1		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
2		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
3		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
4		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
5		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
6		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
7		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
8		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
9		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
10		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
11		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）
12		<input type="checkbox"/> 公定検査（ELIZA） <input type="checkbox"/> 自主検査（PCR）

お問い合わせや検査容器のご請求、検体送付先  
株式会社AHC  
TEL 027-253-1515 FAX 027-252-9369  
〒371-0831 群馬県前橋市小相木町343-1