

# 公益財団法人日本学校保健会 御中

## 腸内細菌検査用キット申込書

商品代金は下記口座（振込控貼付欄に記載）に振り込んで下さい。

FAX：03-3592-3898 TEL：03-6273-3919 インターネット <http://www.hokenkai.or.jp/>  
 〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-3-17 虎ノ門2丁目4-6階 公益財団法人日本学校保健会  
 商品の最新情報の確認・詳細・注文フォームは本会ホームページTOP各種コーナー 腸内細菌検査キット

申込団体・学校名・会社名			
検査用キット届け先〒			
所属		担当者	
TEL ※結果陽性時のご連絡先となります。		FAX	
— —		— —	
検査A	赤痢菌、チフス菌・パラチフスA菌及び その他のサルモネラ、O157 (5名分で1セット) @2,268円(税込・8%)	セット	¥
検査B	赤痢菌、チフス菌・パラチフスA菌及び その他のサルモネラ、O157、O26、O111 (5名分で1セット) @3,672円(税込・8%)	セット	¥
検査目的 (どちらか選択)	1 一回限りの実施		
	2 定期実施 (      ヶ月に      回) ※給食従事者等		
成績書送付先 (どちらか選択)	1 キット届け先	(その他の場合) 〒	
	2 その他		
成績書の様式 (どちらか選択)	1 一覧表	※成績書の見本をホームページに載せています。	検体発送予定
	2 個人票		月 日
成績書到着希望日 ※検体到着日によっては希望日に間に合わない場合があります。ご注意ください。			
月 日 までに成績書が必要です。		検体到着後、成績書の発送までに概ね10日間かかります。ご注意ください。	
請求書等について 必要な書類に○をお付け下さい。(請求書名義 )			
1 すべて不要 2 請求書 3 見積書 4 納品書			
請求書・見積書・納品書 の日付			
1 申込日 2 空欄 3 その他 (      )			
◎ 検査結果にて陽性の判定が出た場合は申込書の電話番号へご一報いたします。			
◎ 選択の欄に記入がない場合は全て【1】とさせていただきます。			
◎ 商品の性質上発送後のキャンセルは受け付けておりません。ご注意願います。			
◎ 成績書の様式・検査までの流れ等ホームページをよくご確認の上、ご記入ください。			

★ この申込用紙に振込票を貼り1枚のみにてFAX願います。 ★

振込口座番号 三菱UFJ銀行 本店(001)(普)7656854

振込口座名 公益財団法人日本学校保健会 ☆振込手数料はお客様負担となります☆

☆ 料金は前払いです ☆

☆ 公費の場合は後払いも可能です ☆

☆ 領収書が必要な場合は明記ください ☆

### 振込控え貼付