

検査キット（資材）依頼書

検査名：腸内細菌検査（赤痢菌・O-157・糞形菌 ※腸炎・パラチフ含む。）

※検体は、採取後冷蔵所にて5日以内の保存であれば検査が可能です。

検査料金：1検体につき1,000円（消費税込）

※検査料金は、原則として検体提出時に現金でお支払いください。

お申し込みの流れ

お電話または、指定申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。

お申し込み後、検査資材を発送いたします（発送料金はかかりません）。

※検査資材は**普通郵便**で発送となります。予定日より前に余裕をもってお申し込みください。

【お客様記入欄】

申込み日： 年 月 日

お客様名					
所在地		〒			
電話番号		FAX番号			
担当者様所属		担当者様氏名			
予定数	個	持ち込み予定日 または 回収希望日 受渡方法	第1希望		第2希望
			令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
		□回収 □持ち込み		□回収 □持ち込み	
持ち込み予定会場 ※□に✓を入れてください		<input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> 所沢市保健センター <input type="checkbox"/> 朝霞保健所 <input type="checkbox"/> 狭山保健所 <input type="checkbox"/> 南部保健所 <input type="checkbox"/> 東松山保健所 <input type="checkbox"/> 春日部保健所 <input type="checkbox"/> すこやかプラザ <input type="checkbox"/> 川越北部ふれあいセンター <input type="checkbox"/> 県民健康福祉村 <input type="checkbox"/> プラザイースト <input type="checkbox"/> プラザノース <input type="checkbox"/> プラザウエスト			
通信欄					

※ 回収については、30検体以上で回収に伺います。

※ 持ち込みの場合は日程が決まっております。HPに記載しておりますので、ご確認ください。

【事業団使用欄】 ※この欄には記入しないでください。

決定年月日	資材発送日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	郵送 ・ 持参
回収	

お手数ですが、FAXにて下記へ送信をお願いします。

FAX送信先：0493-81-6749

公益財団法人埼玉県健康づくり事業団

業務調整部 営業企画課

〒355-0133 埼玉県比企郡吉見町江和井410-1

TEL：0493-81-6029

FAX：0493-81-6749