

腸内細菌検査 見積依頼書

※本枠内は、必ずご記入ください！

ご記入日 **4** 月 **1** 日

■ご依頼者様情報

会社名 株式会社 スズカ未来	会員No.
部署名 マイラボ食品検査センター	役職名
所在地 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5	担当者名 鈴鹿 一郎
TEL 059-379-0077	FAX 059-367-7610
E-mail	

料金請求先が依頼者様と異なる場合、連絡事項に記入、または別紙にて連絡お願い致します。

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。)

<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査5項目: 赤痢、サルモネラ、O157、チフス、パラチフス
<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査5項目(EHEC): 赤痢、サルモネラ、EHEC(O157/O11/O26)、チフス、パラチフス
<input checked="" type="checkbox"/> 腸内細菌検査3項目: 赤痢、サルモネラ、O157
<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査3項目(EHEC): 赤痢、サルモネラ、EHEC(O157/O11/O26)
<input type="checkbox"/> その他 ()

■依頼条件 (お見積に必要な条件です。必ずご記入ください。)

1回の実施人数: 20 人
年間の実施頻度: 年 6 回
年間の延べ人数: 120 人
実施月 (該当する月を☑して下さい。)
<input type="checkbox"/> 1月 <input checked="" type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input checked="" type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input checked="" type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input checked="" type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input checked="" type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input checked="" type="checkbox"/> 12月

予定人数でいいので、ご記入ください。

■実施施設およびキット送付先 (ご依頼者様と異なる場合にご記入ください。)

会社名 株式会社 スズカ未来 プロマーケット上野店	TEL 0595-21-1503
部署名 PM事業部	担当者名 鈴鹿 三郎
所在地 〒518-0825 三重県伊賀市小田町711-1	
会社名 株式会社 スズカ未来 伊勢営業所	TEL 0596-37-1680
部署名 PPS事業部	担当者名 鈴鹿 四郎
所在地 〒515-0507 三重県伊勢市村松町字明野1381-2	
会社名	TEL
部署名	担当者名
所在地 〒	
会社名	TEL
部署名	担当者名
所在地 〒	
会社名	TEL
部署名	担当者名
所在地 〒	
会社名	TEL
部署名	担当者名
所在地 〒	

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。また回答日指定がある場合は、☑および期日をご記入ください。)

<p style="text-align: center;">12月、2月実施時はノロウィルスの検査をしたい</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 回答日指定 (4 月 6 日までに <input checked="" type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> メール着)</p>	<p>(送付先) 株式会社スズカ未来 マイラボ食品センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL: 059-379-0077 FAX: 059-367-7610</p>
--	--