

ノロウイルス検査 見積依頼書

※太枠内は、必ずご記入ください！

ご記入日 月 日

■ご依頼者様情報

会社名	TEL	会員No.	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
TEL	FAX	E-mail	

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。)

<input type="checkbox"/> 簡易法(イムノクロマト法)
<input type="checkbox"/> 精密法(RT-PCR法) ※大量調理施設管理マニュアル記載の検査方法
<input type="checkbox"/> 両方(簡易法・精密法)

■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:	人				
年間の実施頻度:	年 回				
年間の延べ人数:	人				
実施月 (該当する月を☑して下さい。)					
<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

■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	TEL	会社名	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
会社名	TEL	会社名	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
会社名	TEL	会社名	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
会社名	TEL	会社名	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
会社名	TEL	会社名	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
会社名	TEL	会社名	
部署名	役職名	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。)

<input type="checkbox"/> 回答日指定 (月 日までに <input type="checkbox"/> FAX着 <input type="checkbox"/> メール着)	<送付先> (株)スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
--	--

ノロウイルス検査 実施者名簿記入用紙

※新規・追加・変更の際には、必ずご提出ください！

※太枠内は、必ずご記入ください！

ご記入日	月	日
------	---	---

■実施施設およびキット送付先

会社名		会員No.	
部署名	役職名	担当者名	
所在地	〒		
TEL	FAX	E-mail	

■キット送付ご希望日 (至急対応が必要な際にご記入ください。)

月	日	()	まで
---	---	-----	----

■結果報告ご希望日 (至急対応が必要な際にご記入ください。)

月	日	()	まで
---	---	-----	----

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。)

<input type="checkbox"/> 簡易法(イムノクロマト法)
<input type="checkbox"/> 精密法(RT-PCR法) ※大量調理施設管理マニュアル記載の検査方法
<input type="checkbox"/> 両方(簡易法・精密法)

■実施者一覧

No.	氏名	No.	氏名	No.	氏名
1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。)

	<送付先> (株)スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL: 059-379-0077 FAX: 059-367-7610
--	--