

ノロウイルス検査 見積依頼書

※本枠内は、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 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。)

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

■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 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 checked="" type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input 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	役職名
所在地 〒518-0825 三重県伊賀市小田町711-1	担当者名 鈴鹿 三郎
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	役職名
所在地 〒515-0507 三重県伊勢市村松町字明野1381-2	担当者名 鈴鹿 四郎
会社名	TEL
部署名	役職名
所在地	〒
会社名	TEL
部署名	役職名
所在地	〒
会社名	TEL
部署名	役職名
所在地	〒
会社名	TEL
部署名	役職名
所在地	〒
会社名	TEL
部署名	役職名
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) ㈱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
---	--