

ノロウイルス検便検査依頼書

企業名 :						
事業所 :						
キット送付先 :	〒					
TEL :				FAX :		
ご担当者 :						
報告書取扱 :	<input type="radio"/> WEBによる閲覧 (E-mail 必要)		<input type="radio"/> 原本の郵送		<small>※キット送付先と異なる場合はご連絡ください</small>	
<small>※どちらかお選びください</small> E-mail :						
頻度 :	<input type="checkbox"/> 1回のみ	<small>定期的場合は 右記へチェック</small>	<input type="checkbox"/> 毎月	<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		

名簿

No.	氏名	性別	No.	氏名	性別
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

検査ご依頼方法

- 上記太枠内の必要事項にご記入いただき、下記 **お問い合わせ先** へメールもしくはFAX送信してください。
※弊社と初めてお取引させていただく場合は、別途得意先申請書のご提出が必要です。
- 採便キット到着後、下記①～④の手順を参考に便を採取してください。
 - 検査容器のキャップを回して開けてください。
 - 検査キットの先端のスプーン部分を使って検体を3g程度(小豆大)採取して下さい。
水溶便の場合は検査容器に1ml(人差し指1本分)採取してください。
 - 検体は検査容器の外装に付着しないようにして下さい
 - キャップをしっかり閉めて青いビニール袋に入れて下さい
※血液が入っていても支障はありません
- 採便後、検体容器と検査依頼書(名簿)を同封して下記 **検体送付先** へ**宅配便**で発送してください。
※検査キットは、採取後3日以内に到着するよう速やかに発送してください。
- 宅配便の問い合わせ番号を下記へ記入し、**お問い合わせ先** までメールもしくはFAXにてお知らせください。
- 検査完了後、ご希望の報告書取扱い方法にて結果をお知らせいたします。

宅配便問い合わせ番号

()

検体送付先

株式会社みらい
〒359-1111 埼玉県所沢市緑町2-7-13
TEL:042-968-4097

株式会社みらい 九州ラボ
〒811-2205 福岡県糟屋郡志免町別府3-10-23
TEL:092-692-8871

お問い合わせ先

株式会社スズカ未来

※弊社記入欄 担当部署を選択

E-mail: mylabo@suzukamirai.jp

TEL :0120-030-191 FAX:059-367-7610

※アドレスをクリックするとメール画面が開きます

ノロウイルス検便検査 注意事項(必ずご一読ください)

ご依頼方法

依頼書の黄色部分にご記入をお願い致します。ご記入いただくと黄色の部分が白色に代わります。
ご記入いただきました依頼書は mylabo@suzukamirai.jp に添付してメールをお願いいたします。

ノロウイルス検便検査依頼書

企業名:	
事業所:	
キット送付先:	〒
TEL:	FAX:
ご担当者:	
報告書取扱:	<input type="radio"/> WEBによる閲覧 (E-mail 必要) <input type="radio"/> 原本の郵送 <small>※キット送付先と異なる場合はご連絡ください</small>
※どちらかお選びください E-mail:	
頻度:	<input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 毎月 <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

検査項目詳細

ノロウイルス

名簿

No.	氏名	性別	No.	氏名	性別
1			6		

報告書取扱 (どちらかをお選びください)

WEBによる閲覧: E-mailを登録させていただき、IDとパスワードを発行いたします。メールで検査完了のご連絡をいたします。

IDとパスワードでWEBから結果を閲覧していただけます。印刷や過去の結果確認も可能です。

原本の郵送: 検査完了後に原本を郵送いたします。結果が届くのには検査終了後~10日ほどかかる場合があります。

結果の速報連絡などはできませんのでご了承ください。

頻度

定期検査をご希望の際は、毎月もしくはご希望の月にチェックを入れてください。

事前に名簿を頂いた場合は、ご希望日が近づいてきましたら名入りの検査キットを自動で送付いたします。

検査キット

1. 名簿を事前に頂いたお客様は、個人別IDがバーコードで貼られた検査キットを発送いたします。

2. お急ぎの場合や名簿以外の方は無記入タイプをご利用下さい。袋には必ずお名前をお書き下さい。中身の採便管は無記入で結構です。青ビニールのお名前部分に読めない字や未記入である場合、検査報告書には【氏名なし】という表記で検査報告となりますのでご注意ください



※「ノロウイルス」用の検査キットと「検便(腸内細菌検査)」用の検査キットは異なります。

「検便」用の検査キットにて採便いただいた場合は、「ノロウイルス」用の検査キットにて再度採便が必要です。

検便とノロウイルスの検査両方実施をご希望の場合は、2つの検査キットにて採便をお願いいたします。

採便の仕方

→依頼書の「検査ご依頼方法」を参考にしてください。

発送方法



※検査キットは、採取後3日以内に到着するよう速やかに発送してください。採取後長期間経過した検体は正しく検査ができない場合がございます。

検体送付先

株式会社みらい
〒359-1111 埼玉県所沢市緑町2-7-13
TEL: 042-968-4097

株式会社みらい 九州ラボ
〒811-2205 福岡県糟屋郡志免町別府3-10-23
TEL: 092-692-8871

問合せ先

株式会社スズカ未来 マイラボ食品検査センター
〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5
TEL: 0120-030-191 / FAX: 059-367-7610

E-mail: mylabo@suzukamirai.jp