

# ノロウイルス検便検査依頼書 記入例

ノロウイルス検便検査依頼書					
企業名：株式会社 スズカ未来					
事業所：マイラボ食品検査センター					
① キット送付先：〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756-5					
TEL：059-379-0077		FAX：059-367-7610			
ご担当者：鈴鹿 太郎					
② 報告書取扱： <input checked="" type="radio"/> WEBによる閲覧 (E-mail 必要) <input type="radio"/> 原本の郵送					
※どちらかお選びください E-mail: mylabo@suzukamirai.jp					
③ 頻度： <input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 毎月 <input checked="" type="checkbox"/> 1月 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 11月 <input checked="" type="checkbox"/> 12月					
定期の場合は 右記へチェック					
名簿					
No.	氏名	性別	No.	氏名	性別
1	鈴鹿 太郎	男	6		
④ 2	鈴鹿 幸子	女	7		
3			8		
4			9		
5			10		
検査ご依頼方法					
1. 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。					
2. 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。					
① 検査容器のキャップを回して開けてください。					
② 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。 水溶性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。					
③ 検体は検査容器の外装に付着しないようにして下さい					
④ 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					
3. 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。					
4. 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。					
5. 検査完了後、ご希望の報告書取扱方法にて結果をお知らせいたします。					
⑤ 宅配便問い合わせ番号 ( 1234-5678-9012 )					
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 <b>※弊社記入欄 担当部署を選択</b> TEL：0120-030-191 FAX:059-367-7610		E-mail: mylabo@suzukamirai.jp ※アドレスをクリックするとメール画面が開きます 2024-06-01			

- ① ご依頼様の情報及びキットの送付先をご記入ください。  
企業名は検査成績書に記載されますので、正しくご記入ください。
- ② 報告書取扱方法をご選択ください。  
WEB閲覧をご希望いただくと、検査完了次第、速やかに結果の確認が可能です。原本の郵送をご希望の場合は、結果到着までに2週間ほど時間がかかる場合がございます。  
WEB閲覧をご希望の方は、E-mailアドレスをご記入ください。
- ③ 検査頻度をご選択ください。
- ④ 被検者名、性別をご記入ください。
- ⑤ 宅配便の問い合わせ番号をご記入ください。

腸内細菌検査の検便キットとノロウイルス検査の検便キットは異なりますのでご注意ください。  
採便いただいた後は下記送付先まで宅配便にて送付してください。

<検体送付先>

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

※ご依頼いただく際は、別紙の「ノロウイルス検便検査依頼書 注意事項」を必ずご一読ください。