

公益財団法人日本学校保健会 御中

ノロウイルス

腸管系ノロウイルス検査キット申し込み書

商品代金は下記口座（振込控貼付欄に記載）に振り込んで下さい。

FAX：03-3592-3898 TEL：03-6273-3919 インターネット <http://www.hokenkai.or.jp/>

〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-3-17 虎ノ門2丁目2-6階 公益財団法人日本学校保健会

商品の最新情報の確認・詳細・注文フォームは本会ホームページTOP各種コーナー ノロウイルス検査キット

申し込み団体・学校名・会社名		
検査用キット届け先 〒		
所属	担当者	
TEL — —	FAX — —	
ノロウイルス検査キット 1名分5,000円（税別） +消費税 500円（消費税率10%）		セット ￥
検査目的 （どちらか選択）	<input type="checkbox"/>	1 一回限りの実施
	<input type="checkbox"/>	2 定期実施（ ヶ月に 回）※給食従事者等
成績書送付先 （どちらか選択）	<input type="checkbox"/>	1 キット届け先 （その他の場合）〒
	<input type="checkbox"/>	2 その他
結果電話速報 （どちらか選択）	<input type="checkbox"/>	1 必要 （必要な場合） 上記以外の連絡先：
	<input type="checkbox"/>	2 不要 （ ） —
請求書等について 必要な書類に○をお付け下さい。（請求書名義 ）		
1 すべて不要 2 請求書 3 見積書 4 納品書		
請求書・見積書・納品書 の日付		
1 申込日 2 空欄 3 その他（ ）		
◎ 選択の欄に記入がない場合は全て【1】とさせていただきます。		
◎ 成績書の様式・検査までの流れ等ホームページをよくご確認の上、ご記入ください。		

★ この申し込み用紙に振込み票を貼り1枚のみにてFAX願います。 ★

振込口座番号 三菱UFJ銀行 本店（001）（普）7656854

振込口座名 公益財団法人日本学校保健会 ☆振込手数料はお客様負担となります☆

☆ 料金は前払いです ☆

☆ 公費の場合は後払いも可能です ☆

☆ 領収書が必要な場合は明記ください ☆

振込控え貼付