

牡蠣ノロウイルス検査依頼書

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

ご依頼日 平成 年 月 日

会社名 部署名

役職 お名前 (印)

住所 〒 - 都道府県

TEL - - FAX - -

E-mail

結果速報のご連絡方法 (いずれかに一つをご記入下さい。)
(記載がない場合には不要となります。) E-mail ・ FAX ・ 不要

報告書宛名 (ご依頼者と宛先名が異なる場合に、ご記入下さい。)

ご依頼方法及び注意事項

- 報告期限より前にご報告する場合がございます。
- アルファatron型のノロウイルスは検出対象外となります。

にチェックを入れて下さい。

| 試料名 | 定性検査 |
|-----|---|
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |
| | <input type="checkbox"/> 報告期限(弊社記入欄) |

(備考)



〒839 0864
福岡県久留米市百年公園1 1
久留米リサーチセンタービル1F
TEL:0942 36 3100
FAX:0942 36-3101

| 確認印(弊社記入欄) | | |
|------------|-------|------|
| 受注責任者 | 分析責任者 | 精度管理 |
| | | |

弊社は当分析結果に限り責任を負うものであり、分析結果の取り扱い、あるいは分析結果によって生じる問題について関与するものではありません。