

\* 太字内については記入してください。

# 試験検査依頼書

* 試料番号	N
* 受注CD	

見積書 No.	無・有 (No. )	受付年月日	年	月	日
結果書発行の有無	有・無 ( )	完了年月日	年	月	日

依頼者	依頼者	フリガナ 名称 様			
		住所 〒			
	受付時持ち込み者	所属	氏名	様	
	連絡担当者	所属	氏名	様	
		TEL :	FAX :		
	成績書宛名	名称	様	依頼者と同じ	
		住所 〒	依頼者と同じ		
	成績書の受取方法	郵送	来社		
		名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ
		住所 〒	依頼者と同じ 成績書宛名と同じ		
検査料金の請求書宛名	名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ	
	住所 〒	依頼者と同じ 成績書宛名と同じ			
請求書の受取方法	郵送	来社			
	名称	様	依頼者と同じ	成績書宛名と同じ	
	住所 〒	依頼者と同じ 成績書宛名と同じ			
支払方法	現金 ( 受付時支払済 ・ 未納 ) ・ 銀行振込 ・ その他 ( )				
希望納期	年 月 日				

検査項目	ノロウイルス	検査方法	抗原検査 ・ 遺伝子検査
------	--------	------	--------------

No.	氏 名	検査結果
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

検査料金		単価 (税込)		×	総検体数		=	検査手数料 (税込)	
		@						円	
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	成績者作成者	報告担当者	最終検査者	発送確認		
受取者	採取時間	受付者	受付時間						
	:		:						