

↑ FAX : 03-3934-5827

腸内細菌検査 FAX申込み用紙<個人用>

ご記入日	年	月	日
------	---	---	---

ふりがな お名前	
-------------	--

郵便番号	—	電話番号	
ご住所			

検査項目を○で囲んで下さい。

検査項目・料金(税込)	
5項目 <1,000円>	赤痢菌・サルモネラ・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌O157
7項目 <1,500円>	赤痢菌・サルモネラ・チフス菌・パラチフス菌・腸管出血性大腸菌O157・O26・O111
ノロウイルス <6,480円>	ノロウイルス検査(RT-PCR法)

検査容器の発送は当日の夕方、もしくは翌営業日となります。
お急ぎの方はFAX送信後、電話にて発送日の確認をお願い申し上げます。
検査日数、ならびにお支払方法等は容器セットの説明をご覧ください。

一般社団法人東京都食品衛生協会
東京食品技術研究所
臨床検査部 事業課
TEL 03-3934-5823

営業時間のご案内 平日9:15~17:00 ※土日祝日休業
