

特急検便検査申込書 (※太枠内に記入してください) 1511

御社名(報告書・容器発送先の御社名) ※個人の方は★の欄にご記入をお願いいたします。		
ふりがな		
部署 1	部署 2	
★御住所		★御担当者様名
〒		ふりがな <div style="text-align: right; font-weight: bold;">様</div>
★電話番号	★FAX 番号	御担当者様の携帯電話
検査人数	★容器到着ご希望日時	
人	月 日 () (指定なし/AM/ 時～ 時指定)	

検査項目 <small>※一般項目セットは赤痢菌・サルモネラ菌(腸チフス・パラチフスA菌)・0-157 を検査します</small>	
<input type="checkbox"/> 一般項目セット	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌セット <small>(一般項目セット+ 0-157・0-26・0-111・0-128)</small>
<input type="checkbox"/> ノロウイルス検査 EIA法	<input type="checkbox"/> ノロウイルス検査 PCR法

◆ご依頼時の注意点と連絡事項◆

- ※検査料金は弊社ホームページにてご確認ください。
- ※検査容器セット発送後のお申込みキャンセルはいたしかねます。
- ※検査容器セットが届きましたらヤマト運輸配達員へ代金をお支払い下さい。
- ※採便後一週間は保管可能ですが、早めに検査ラボへ発送して下さい。
- ※検査ラボへの採便済み検査容器発送費用は別途ご負担下さい。
- ※検査結果がわかり次第、報告書の速報をFAXにて送信いたします。

(備考) ご質問、連絡事項等がございましたらご記入ください。

お申し込み・お問い合わせ先 (株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15 フリーダイヤル 0120-409-929	
--	---

↑

お申込は FAX で 0465-30-1731 まで

↑

特急検便検査申込書

(※太枠内に記入)

記入例

御社名(報告書・容器発送先の御社名) ※個人の方は★の欄にご記入をお願いいたします。		
ふりがな <small>みほんしょくひんかぶしきがいしゃ</small> 見本食品株式会社		
部署 1	部署 2	
販売促進部		
★御住所		★御担当者様名
〒103-0003 東京都千代田区霞が関000-000		ふりがな <small>みほん たろう</small> 見本太郎 様
★電話番号	★FAX 番号	御担当者様の携帯電話 代表者様のお名前をご記入ください。 ご確認や速報FAXを送る際に、 ご連絡させていただきます。
03-0000-0000	03-0000-0000	
検査人数	★容器到着ご希望日時	
5人	5月25日(月)(指定なし/AM/時~時指定)	

検査項目 ※一般項目セットは赤痢菌・サルモネラ菌(腸チフス・パラチフスA菌)・O-157を検査します	
<input checked="" type="checkbox"/> 一般項目セット	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌セット (一般項目セット+O-157:O-26:O-111:O-128)
<input type="checkbox"/> ノロウイルス検査 EIA法	ヤマトコレクト便(代金引換便)を利用しますので、 確実にお受け取り頂ける日時をご記載ください。

◆ご依頼時の注意点と連絡事項◆

- ※検査料金は弊社ホームページにてご確認ください。
- ※検査容器セット発送後のお申込みキャンセルはいたしかねます。
- ※検査容器セットが届きましたらヤマト運輸配達員へ代金をお支払い下さい。
- ※採便後一週間は保管可能ですが、早めに検査ラボへ発送して下さい。
- ※検査ラボへの採便済み検査容器発送費用は別途ご負担下さい。
- ※検査結果がわかり次第、報告書の速報をFAXにて送信いたします。

(備考) ご質問、連絡事項等がございましたらご記入ください。

お申し込み・お問い合わせ先
(株)食品微生物センター 〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 3-26-15
フリーダイヤル 0120-409-929



お申込は FAX で 0465-30-1731 まで

特急検便検査 お客様注意事項 (必ずご一読ください)

【検査項目について】

一般項目セット	赤痢菌・サルモネラ菌※1・O-157
腸管出血性大腸菌3種セット	赤痢菌・サルモネラ菌・O-157、O-26、O-111、O-128
ノロウイルス検査 EIA法	ノロウイルス抗原を検出し、ウイルスの有無を調べます。※2
ノロウイルス検査 PCR法	ノロウイルスの遺伝子を同定し、ウイルスの有無を調べます。※3

※1 サルモネラ菌は腸チフス、パラチフスA菌及び一般のサルモネラ菌を検査します。

※2 ウイルスが少量である場合は検出できないこともあります。

※3 検出限界が低く、少ないウイルス量でも検出可能です。

【報告書形式に関する注意点】

◎1名以上でお申込みいただいた場合、報告書は「一覧報告書」となります。

⇒「一覧報告書」とは、会社もしくは団体の受検者様全員の検査結果が1枚に記載された報告書です。

◎1名でお申込みいただいた場合、報告書は「個人報告書」となります。

◎報告書発行後の社名変更、受験者様名変更などはお受けできません。

【報告書納期に関する注意点】 検査ラボ到着日を起算日とした目安です

◎報告書速報は陰性の結果の場合、検体受付後、3営業日程でお送り致します。

WEB申込 → メール速報 FAX申込 → FAX速報

◎陽性の結果が疑われた場合、さらに1～2日検査にお時間をいただく場合がございます。

◎報告書原本は速報をお送りしてから2～3日後に郵送でお手元に到着予定です。

◎検体の状況や検査ラボの受付状況により検査にお時間をいただく場合がございます。

◎配送状況などによりやむを得ず報告書の到着が遅延する場合がございます。

【検体の送付に関する注意点】

◎検体はまとめてご一括でお送りください。

◎検査容器セット内の検査依頼書及びラベルには必ずお申込時と同じ内容を記載してください。

◎便は必ず採取してください。採取しないままご提出されますと「検査不能」の報告となります。

◎検体を送付する際の送料はお客様ご負担となります。

◎弊社提携先検査機関での検査となります。送付先にご注意ください。

◎土・日・祝日は検体のお受付が出来ません。到着日のご指定にご注意ください。

●一般項目セット・腸管出血性大腸菌3種セットの注意事項

採便後の検体は通常6日間ほど常温で保管可能ですが、採便後はなるべく早く検査ラボへご発送ください。

●ノロウイルス検査EIA法・PCR法の注意事項

採便後すぐに冷蔵庫で保管し、即日、遅くても翌日中には検査ラボに発送してください。

検体の発送には、必ずクール冷蔵便をご利用ください。

【検査料金に関する注意点】

◎お支払いは検査キット納品時にヤマト運輸配達員へお支払いください。

現金・個人名義のクレジットカード・一部電子マネーをご利用いただく事ができます。

◎検査キット発送後のキャンセルは出来ません。(不良品の返品・交換は可能です)

◎ご検査を実施されない場合でもキットをお受取りいただいた時点で料金が発生致します。

ご提出いただきました個人情報につきましては、お客様のプライバシーを尊重し十分な配慮を行うとともに適正な管理を行う事に努めております。お客様の個人情報を、第三者に開示、提供、譲渡する事は致しません。ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

フリーダイヤル：0120-409-929

FAX：0465-30-1731

*弊社は検査結果に限り責任を負うものであり、検査結果によって生じるトラブルまたは損害等に関して、弊社は一切の責任を負いかねます。

