

↑FAX 026-234-5057↑

ノロウイルス(検便)検査キット注文用紙

※太枠内を御記入下さい

検査容器 必要個数	個
--------------	---

会社・店舗名			
担当者名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	

容器送付先が異なる場合、下記にも御記入下さい。

ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	

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。

お急ぎの場合は、お電話でお問い合わせください。

検査日数、お支払い方法等は右記までお問合せください。

(一社)長野県食品衛生協会
食品衛生試験研究所 営業課
TEL 026-234-9001
(営業時間のご案内)
平日 8:30~17:00
※土日祝日、年末年始休業

取扱支部名
支部