

↑FAX 026-234-5057↑

# ノロウイルス(検便) 検査容器注文用紙

※太枠内を御記入下さい

検査容器 必要個数	個	検査実施希望者に 嘔吐などの症状があ りますか？	ある	なし
--------------	---	--------------------------------	----	----

※症状の有無にかかわらず検査は受けていただけます。

検査容器 送付方法 (希望に✓をしてください)	<input checked="" type="checkbox"/>	(ポストへ投函) ネコポス *お受取りの時間指定は致しかねます。 ご注文数によっては応じられない場合があります。						
	<input checked="" type="checkbox"/>	クロネコヤマト便	(お受取り) ご希望時間	午前 中	14 時か ら 16 時	16 時か ら 18 時	18 時か ら 20 時	19 時か ら 21 時

会社・店舗名			
担当者名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	

容器のお送り先が異なる場合、下記にも御記入下さい。

住所	〒		
宛名			
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、お支払い方法等は下記までお問合せください。

厚生労働大臣登録検査機関 / 長野市長登録検査所  
一般社団法人 長野県食品衛生協会 食品衛生試験研究所

〒380-0872 長野県長野市南長野字聖徳545-3  
(TEL)026-234-9001 (FAX)026-234-5057



取扱支部名
支部