弊社使用欄	ラックNo.

大量調理施設衛生管理マニュアルの改正により、定期的に検査するお客様が 増えております。実施回数をご検討下さい。

\*\*この依頼書を必ず検体と同送して下さい。必ず宅配便で送付して下さい\*\*

糞便ノロウイルス検査依頼書						
貴社名						
事業所名				*同上の場合は空欄で可		
住所						
TEL			FAX			
結果連絡先		結果道	車絡先			
ご担当様名		電話	番号			
お問合せ先および 検体送付先	12103 3703 7210					

※荷受けは12:00までが当日受けとなりますのでご注意ください。

イーツカ塔口	
チェック項目	御社担当者印
検査依頼本数はいくつですか?	
結果のFAX報告をご希望しますか? はい・いいえ	
宅配便問い合わせ番号(12桁)をご記入下さい	
( – )	
ご希望検査方法に○をつけて下さい	
リアルタイム リアルタイム	
RT-PCR法 半定量 RT-PCR法 定性 ELISA法	
(即日報告) (翌日報告) (翌々日報告)	
遺伝子型とウイルス量を報告ノロウイルス遺伝子のノロウイルス抗原の高精度 P C R法有無を報告有無を報告	

※リアルタイムRT-PCR法 半定量では、遺伝子群を区別しウイルス量を3+(多)・2+(中)・1+(少)で報告。

受検者名簿 (1 1名様以上の場合は名簿を添付してください)								
No.	受検者名	性別	年齢	No.	受検者名	性別	年齢	
1				6				
2				7				
3				8				
4				9				
5				10				