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 ご担当様名		結果連絡先 電話番号	
お問合せ先および 検体送付先	㈱エムビックらいふ　営業担当　　まで TEL:03-5769-7247　FAX:03-5769-7248 検体送付先：㈱エムビックらいふ 環境分析センター　〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5 ＴEL　042-330-8830　FAX　042-330-8831		

※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。

下記の項目をチェックし、検体と一緒に送付して下さい。

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？　（　　）本	
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 RT-PCR法 半定量（即日報告）（遺伝子型とウイルス量を報告 高精度ＰＣＲ法） リアルタイム RT-PCR法 定性（翌日報告）（ノロウイルス遺伝子の有無を報告） ELISA法（翌々日報告）（ノロウイルス抗原の有無を報告）	

※検査方法をご明記頂けてない場合、検査報告が遅れる場合が御座います。

※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

（１１名様以上の場合は名簿を添付してください）

№	受検者名	性別	年齢	№	受検者名	性別	年齢
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

ご相談は　戦略事業部　０３－５７６９－７２４７　まで