腸内細菌検査申込書（学園祭用）

申　込　日	年　　月　　日		
大　学　名			
学部・学科名			
ご担当者			
TEL		E-mail	
FAX			
ご住所	〒		
検査項目	（　　）赤痢菌・サルモネラ菌（チフス菌・パラチフスA菌） 腸管出血性大腸菌0-157セット （　　）赤痢菌・サルモネラ菌（チフス菌・パラチフスA菌） 腸管出血性大腸菌0-157・0111・026 （　　）その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
実施月	（　　）毎月実施 （　　）希望月（１・２・３・４・５・６・７・８・９・10・11・12）		
対象者数	人		
検査成績書の送付先	□本部へ一括送付 □各人への個別送付 ※各人へ個別発送の場合は別途郵送料が加算されます	陽性時連絡方法	部署 担当者 □電話　□FAX
請求書（方法・送付先） 何れかにチェック願います	□本部へ一括 □各学科・各教室等単位に分け本部一括 □その他（　　）	締め日	15日締 / 20日締 / 末締
		支　払	振込 / 現金 /（その他）
		請求金額（税込）2万円以下は振込料ご負担願います	
名簿	メール　/　FAX　　※メールまたはFAXでお送りください。		
備　考			

※　お問合せ先　　株式会社日本食品エコロジー研究所
〒651-0082　神戸市中央区小野浜町1番9号
ＴＥＬ 078-321-2311　ＦＡＸ 078-321-3066
E-mail：info@jife.co.jp