

FAX送付先 (083)922-6552
山口県学校保健予防会 宛

ノロウイルス検査申込書

申込年月日	平成 年 月 日	担当	
施設名			
所在地			
電話番号		FAX番号	
検査希望月	1回目	月	
	2回目	月 月	
	3回目	月 月 月	
1回人数	人		
希望事項			

予 防 会 記 載 欄

検査料金	円	得意先コード	
回収日	1回目 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
用具発送	月 日	セット	発送
備考			

- ※1 太枠内について記載してください。
- ※2 検査日はあらかじめ調整させていただきますのでご了承ください。
- ※3 検査用具は検査日が決まり次第事前に送付させていただきます。