

# さくら検査研究所 FAX申し込み用紙

①お名前（トラブル防止のため、なるべく本名をご記入ください。）

②検査キットお届け先（指定先住所か郵便局留どちらかをご選択ください。）

指定先住所

郵便局留（必ず都道府県名からご記入ください。）

都道府県	郵便局
------	-----

③ご連絡先

電話番号

メールアドレス

④年齢

 歳

⑤性別

 男・女

⑥お支払い方法

a) 代引き   b) 局留代引き   c) 銀行振込み

⑦差出人名

a) 社名（株式会社メディック）   b) 男性名（三浦勇二）   c) 女性名（齋藤さくら）

⑧ご希望の検査項目（チェックをお入れください。）

①B型肝炎

②C型肝炎

③エイズ

④梅毒

⑤淋菌（男性用）

（女性用）

⑥トリコモナス（男性用）

（女性用）

⑦カンジタ（男性用）

（女性用）

⑧クラミジア（男性用）

（女性用）

①～⑧（男性用）

（女性用）

①～④

③～⑧（男性用）

（女性用）

⑤～⑧（男性用）

（女性用）

咽頭クラミジア検査

咽頭淋菌検査

覚醒剤検査

薬物スクリーニング検査  
（8項目）

子宮ガン検査

肺ガン検査

大腸ガン検査



〒370-3104 群馬県高崎市箕郷町上芝556-1

**さくら検査研究所**

TEL 027-360-7171

FAX 027-371-1168