

さくら検査研究所 FAX お申込用紙

FAX : 027-321-3001

① お申込者名（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（指定住所か郵便局留どちらかをお選びください。）

指定先住所

〒

郵便局留（都道府県からご記入ください。お支払方法は局留代引きのみとなります。）

	郵便局
--	-----

※発送する際の差出人名は、「株式会社メディック」となります。

③ ご連絡先

電話番号	
メールアドレス	

④ 年齢

	歳
--	---

⑤ 性別

<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
-----------------------------	-----------------------------

⑥ お支払方法

<input type="checkbox"/> 代引き	<input type="checkbox"/> 局留代引き	<input type="checkbox"/> 銀行振込み
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

⑦ ご希望の検査項目（チェックを入れてください。）

B型肝炎	<input type="checkbox"/>	咽頭淋菌	<input type="checkbox"/>	薬物スクリーニング（8項目）	<input type="checkbox"/>
C型肝炎	<input type="checkbox"/>	咽頭クラミジア	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	8項目セット（男性）	<input type="checkbox"/>	ブライダルチェックペア（男女）	<input type="checkbox"/>
梅毒	<input type="checkbox"/>	8項目セット（女性）	<input type="checkbox"/>	ブライダルチェック（男性）	<input type="checkbox"/>
淋菌（男性）	<input type="checkbox"/>	6項目セット（男性）	<input type="checkbox"/>	ブライダルチェック（女性）	<input type="checkbox"/>
淋菌（女性）	<input type="checkbox"/>	6項目セット（女性）	<input type="checkbox"/>	咽頭セットA（男性）	<input type="checkbox"/>
トリコモナス（男性）	<input type="checkbox"/>	4項目セットA	<input type="checkbox"/>	咽頭セットA（女性）	<input type="checkbox"/>
トリコモナス（女性）	<input type="checkbox"/>	4項目セットB（男性）	<input type="checkbox"/>	咽頭セットB	<input type="checkbox"/>
カンジダ（男性）	<input type="checkbox"/>	4項目セットB（女性）	<input type="checkbox"/>	痛くないHIV検査キット	<input type="checkbox"/>
カンジダ（女性）	<input type="checkbox"/>	お手軽セット（男性）	<input type="checkbox"/>		
クラミジア（男性）	<input type="checkbox"/>	お手軽セット（女性）	<input type="checkbox"/>		
クラミジア（女性）	<input type="checkbox"/>	覚せい剤	<input type="checkbox"/>		

※ご記入内容にお間違いがないか、今一度お確かめください。

衛生検査所 市長登録 第1号 さくら検査研究所

TEL 027-325-8181 FAX 027-321-3001