QFT-3G(Gold)採血管／搬送用キット請求票

FAX

年　　月　　日

申込機関　：

FAX 番号：

電話番号　：

請求先　：一般社団法人免疫診断研究所

FAX 番号：042　595　8867

電話番号　：042　595　8868

以下（必須事項）に記載漏れが無いようにお願い致します。

病院名（必須）	
担当科	
担当者（必須）	
連絡先 メールアドレス	
採血管 （必須）	セット数（１セット＝３本）：　　セット
搬送キット （必須）	セット数： セット
二次容器（必須）	小（1 検体用）：　　個 大（4 検体用）：　　個
到着希望 （必須）	とちらか☑で選択：□アリ、　□ナシ
アリの場合 日付指定（必須）	月　　日（　　）　　迄
ナシの場合	10 日以内に到着します。
問合せ事項	

到着希望日が、**ＦＡＸ到着後３日以内（土日祝祭日を除く）**の場合は、
別途電話にてご連絡をお願い致します。