



郵送検査申込書(TEL/FAX)

注文日: 年 月 日

ふじメディカル

FAX送信先:045-342-8814

単品検査項目	単価	個数	金額	セット検査	単価	個数	金額
①エイズ(HIV)	3,300			・9項目セット女性用 (①②③⑤⑦⑨⑪⑫⑬)	12,000		
②梅毒(EIA法)	3,300			・9項目セット男性用 (①②④⑥⑧⑩⑪⑫⑬)	12,000		
③クラミジア・女性用	3,300			・6項目セット女性用 (①②③⑤⑦⑨)	9,000		
④クラミジア・男性用	3,300			・6項目セット男性用 (①②④⑥⑧⑩)	9,000		
⑤淋菌・女性用	3,300			・4項目セット女性用(③⑤⑦⑨)	7,000		
⑥淋菌・男性用	3,300			・4項目セット男性用(④⑥⑧⑩)	7,000		
⑦トリコモナス・女性用	3,300			・2項目セット女性用(①③)	4,500		
⑧トリコモナス・男性用	3,300			・2項目セット男性用(①④)	4,500		
⑨カンジダ・女性用	3,300			・クラミジア・淋菌セット女性用(③⑤)	5,000		
⑩カンジダ・男性用	3,300			・クラミジア・淋菌セット男性用(④⑥)	5,000		
⑪B型肝炎ウイルス抗原	3,300			・咽頭(のど)セット(2項目・⑭⑮)	5,000		
⑫B型肝炎ウイルス抗体	3,300			・ミニカルセット(2項目・⑯⑰)	5,000		
⑬C型肝炎ウイルス	3,300			・4項目セット+喉セット女性用	10,500		
⑭咽頭(のど)クラミジア	3,300			・4項目セット+喉セット男性用	10,500		
⑮咽頭(のど)淋菌	3,300			・6項目セット+喉セット女性用	13,000		
⑯便中ヘリコバクターピロリ抗原	4,500			・6項目セット+喉セット男性用	13,000		
⑰便中ヘモグロビン(便潜血2日法)	3,300			・9項目セット+喉セット女性用	16,000		

支払い方法
☆代金引換と銀行振込がご利用頂けます。
代金引換 (検査キット代金+送料+代引き手数料)
銀行振込 (検査キット代金+送料) ※前払い

☆銀行振込先
 横浜銀行 伊勢佐木町支店
 普通1554442 株式会社ふじメディカル

・9項目セット+喉セット男性用	16,000		
・ブライダルペアセット9項目	23,000		
・ブライダルペアセット6項目	16,000		
・HIV(エイズ)+梅毒セット	5,000		
・肝炎セット(B型S抗原、B型S抗体、HCV抗体)	6,000		
・HIV(エイズ)+梅毒セット+肝炎セット	8,000		
・クラミジア・淋菌・咽頭セット(男性用)	8,000		
・クラミジア・淋菌・咽頭セット(女性用)	8,000		
検査結果を簡易書留で郵送希望の場合の手数料		300	
※普通郵便、メール、電話での結果報告の場合は不要			
代引き手数料 ※銀行振込の場合は不要		300	
送料		700	
合計金額			¥

ふりがな	
お名前	
ご住所	(〒 -)
電話番号	
メールアドレス	ある方はご記入下さい

検査キットのお届け ☆お届け日時と時間、差出人名が指定できます				
・日時指定しない	・日時指定を希望する (月 日)			
・午前中(12時まで)	・14~16時	・16~18時	・18~20時	・19~21時
郵便局留めを希望 ()郵便局留め	※局留めの場合、日時と時間は指定できません、会社名での発送となります(個人名での発送はできません)			
差出人名 ・ふじメディカル ・個人名(山田純) ※ヤマト運輸での発送のみ、指定がない場合はふじメディカルでお送りします				

結果報告を簡易書留付郵便で郵送希望の場合は、右記に○を付けて下さい	簡易書留郵送希望
※別途手数料300円がかかります。	

備考