**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。）

|  |
| --- |
|       |

1. 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。**

1. ご連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |       |
| メールアドレス |       |

1. 年齢　　　　　　　　　　　 ⑤ 性別

|  |  |
| --- | --- |
|       | 歳 |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  男性 | [ ]  女性 |

1. お支払方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  代引き | [ ]  局留代引き | [ ]  銀行振込み |

1. ご希望の検査項目（チェックを入れてください。）

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

**※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**