**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**