

ご注文日: 年 月 日

| 単品項目 | 単価 | 個数 | 金額 |
|--------------|------|----|----|
| ① クラミジア・男性用 | 3500 | | |
| ② クラミジア・女性用 | 3500 | | |
| ③ 淋菌・男性用 | 3500 | | |
| ④ 淋菌・女性用 | 3500 | | |
| ⑤ トリコモナス・男性用 | 3500 | | |
| ⑥ トリコモナス・女性用 | 3500 | | |
| ⑦ カンジダ・男性用 | 3500 | | |
| ⑧ カンジダ・女性用 | 3500 | | |

| 血液 | 項目 | 単価 | 個数 | 金額 |
|----|--------------|------|----|----|
| | ⑨ HIV(抗原・抗体) | 3500 | | |
| | ⑩ 梅毒 | 3500 | | |
| | ⑪ B型肝炎抗原 | 3500 | | |
| | ⑫ B型肝炎抗体 | 3500 | | |
| | ⑬ C型肝炎抗体 | 3500 | | |

| 咽頭 | 項目 | 単価 | 個数 | 金額 |
|----|---------------|------|----|----|
| | ⑭ 咽頭(のど)クラミジア | 3500 | | |
| | ⑮ 咽頭(のど)淋菌 | 3500 | | |

| お支払い方法 | |
|--------------------------|--|
| ★代金引換と銀行振込がご利用いただけます。 | |
| ↓ どちらかに○をつけてください。 | |
| <input type="checkbox"/> | ・代金引換(検査キット代金) |
| <input type="checkbox"/> | ・銀行振込(検査キット代金)※前払い |
| 代引き手数料・送料無料 | |
| 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 |

| セット項目 | セット内容 | 新単価 | 個数 | 金額 |
|-----------------------|-----------------|-------|----|----|
| 2項目セット男性用 | ①⑨ | 5000 | | |
| 2項目セット女性用 | ②⑨ | 5000 | | |
| 4項目セット男性用 | ①③⑤⑦ | 7500 | | |
| 4項目セット女性用 | ②④⑥⑧ | 7500 | | |
| 4項目+咽頭(のど)セット男性用 | ①③⑤⑦⑭⑮ | 11000 | | |
| 4項目+咽頭(のど)セット女性用 | ②④⑥⑧⑭⑮ | 11000 | | |
| 6項目セット男性用 | ①③⑤⑦⑨⑩ | 9500 | | |
| 6項目セット女性用 | ②④⑥⑧⑨⑩ | 9500 | | |
| 6項目+咽頭(のど)セット男性用 | ①③⑤⑦⑨⑩⑭⑮ | 13500 | | |
| 6項目+咽頭(のど)セット女性用 | ②④⑥⑧⑨⑩⑭⑮ | 13500 | | |
| 9項目セット男性用 | ①③⑤⑦⑨⑩⑪⑫⑬ | 12500 | | |
| 9項目セット女性用 | ②④⑥⑧⑨⑩⑪⑫⑬ | 12500 | | |
| 9項目+咽頭(のど)セット男性用 | ①③⑤⑦⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮ | 16500 | | |
| 9項目+咽頭(のど)セット女性用 | ②④⑥⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮ | 16500 | | |
| ブライダルペアセット6項目 | 6項目セット(男性用+女性用) | 16500 | | |
| ブライダルペアセット9項目 | 9項目セット(男性用+女性用) | 23500 | | |
| クラミジア・淋菌セット男性用 | ①③ | 5500 | | |
| クラミジア・淋菌セット女性用 | ②④ | 5500 | | |
| クラミジア・淋菌+咽頭(のど)セット男性用 | ①③⑭⑮ | 8500 | | |
| クラミジア・淋菌+咽頭(のど)セット女性用 | ②④⑭⑮ | 8500 | | |
| 咽頭(のど)セット | ⑭⑮ | 5500 | | |
| HIV+梅毒セット | ⑨⑩ | 5500 | | |
| 肝炎セット | ⑪⑫⑬ | 6500 | | |
| HIV+梅毒+肝炎セット | ⑨⑩⑪⑫⑬ | 8500 | | |

| | |
|--|------------|
| 検査結果を簡易書留で郵送希望の場合の手数料 ※普通郵便、メール、電話での結果報告をご希望の場合は不要です。 | 300 |
| 送料 | 無料 |
| 合計金額 | ¥ |

ふじメディカル 横浜市衛生登録検査所 第8030号
〒231-0058 神奈川県横浜市中区弥生町3-29-12-3F
TEL 045-342-8879 FAX 045-342-8814
http://www.fujimedical.jp E-mail info@fujimedical.jp

| | |
|---------|--------|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| ご住所 | (〒 -) |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |

| 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(↓下記に○をつけてください)。 | |
|---|---|
| ・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(ふじメディカル)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、どちらか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○をつけてください。→ | |
| 検査結果を簡易書留郵便希望 | |
| ※別途手数料300円がかかります。 | |
| 備考 | |