

# [ 頭髪体質遺伝子検査キット ] 注文書 ( FAX用 )

## FAX:0120-616-334

### 北海道システム・サイエンス株式会社 宛

※ フリーダイヤルをご利用できない場合はこちら FAX:011-768-5951

ご依頼日	西暦	年	月	日
フリカナ (必須)				
注文者様 ご氏名 (必須)	※男性のみ検査をご利用いただけます			
注文者様 ご住所 (必須)	〒			
電話番号 (必須)	日中のご連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
	—	—	FAX番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
			—	—
E-mail				
勤務先	会社名	部署名		
特記事項				

※検査をご利用いただく方がキット注文者様と異なる場合は、検査依頼者様の情報を以下にご記入ください。(必須)

フリカナ	
検査依頼者様 ご氏名	※男性のみ検査をご利用いただけます
検査依頼者様 ご住所	〒
キットご注文者 様とのご関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( ) ※解析依頼者が20歳未満の場合、法定代理人(親権者、未成年後見人等)の同意が必要になります。

#### ●注文セット数記入欄

製品名	入数	価格(税別)	ご注文個数
[ 頭髪体質遺伝子検査キット ]	1セット	¥6,500	
別途、代金引換手数料 ¥500がかかります。代金引換手数料はお客様のご負担となります。			
○備考			

【検査キット内容】 体質遺伝子検査依頼書、体質遺伝子検査説明書兼同意書(2枚つづり)、検体(口腔粘膜)採取方法のご案内、検査案内書、検体採取用綿棒(専用試験管入)、試験管および検査依頼書貼付用IDシール(2枚)、試験管返送用緩衝袋、返送用封筒

#### ○弊社記入欄

	<b>北海道システム・サイエンス株式会社</b> 〒001-0932 札幌市北区新川西2条1丁目2-1 TEL 0120-613-190 011-768-5903 FAX 0120-616-334 011-768-5951 E-mail: kensa@hssnet.co.jp URL: http://www.hssnet.co.jp
--	--