

尿中放射性物質分析 検査申込書

<お支払方法>

FAX の場合は、銀行振込のみとなります。

パソコン/携帯の場合は、銀行振込とクレジットカードがお選び頂けます。

ご注文年月日

平成 年 月 日

ご注文内容

No.	商品名	個数
1	尿中放射性物質測定検査	

ご注文者情報

氏名		フリガナ	
電話番号			
住所	〒		
備考			

商品配送先 および 検査を受ける方（ご注文者情報と同じ場合には記入不用です。）

氏名		フリガナ	
電話番号			
住所	〒		
備考			

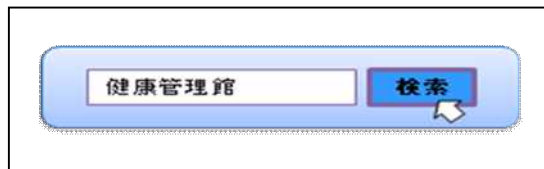
パソコン/携帯電話からのお申し込み

購入サイトからお申し込みください。

(http://shop.get-s.co.jp/eshop.php)



(QRコード)



銀行振込先	
[銀行名]	三菱東京UFJ銀行
[支店名]	自由が丘駅前支店
[口座番号]	普通預金 1374233
[口座名義]	株式会社ヘルス・ウェーブ・ジャパン

お振込手数料はお客様のご負担でお願い致します。