

抗原

新居浜商工会議所 抗原検査事業

抗原検査キット購入申込書

申込日 年 月 日

企業名	
代表者名	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	
担当者 メールアドレス	
希望キット数 (10キット単位)	

※お申込み後3～5日程度で、キットを郵送しますが、申し込み状況によってはさらに日数がかかる場合がありますのでご了承ください。

※抗原検査キット購入代金（郵送料含む）は後日ご請求差しあげますので、指定の口座へお振込みください。

（事務局処理欄）※お申込みの際は記入しないでください。

受付日	会員番号	引渡し方法	引渡日	支払方法
郵送料	請求日	入金日	備考欄	

受付 NO