

## FAX専用 申込み用紙

このページを印刷してFAX用紙としてお使いください。

(税込・送料無料・代金引換手数料無料)

### 性感染検査 スタンダードパッケージ

| 検査項目             | 性別  | 単価       | 注文数 | 検査項目              | 性別      | 単価      | 注文数 |
|------------------|-----|----------|-----|-------------------|---------|---------|-----|
| 性病検査12項目         | 女のみ | 22,420 円 |     | カンジダ検査            | 男・女     | 4,110 円 |     |
| 性病検査8項目+のど2項目    | 男・女 | 17,280 円 |     | エイズ・HIV抗体検査       | (共通キット) | 4,730 円 |     |
| 性病検査8項目          | 男・女 | 13,160 円 |     | 梅毒検査              | (共通キット) | 4,420 円 |     |
| 性病検査6項目+のど2項目    | 男・女 | 14,910 円 |     | B型肝炎検査            | (共通キット) | 4,420 円 |     |
| 性病検査6項目          | 男・女 | 10,590 円 |     | C型肝炎検査            | (共通キット) | 4,730 円 |     |
| 性病検査4項目+のど2項目    | 男・女 | 12,130 円 |     | 血液4種検査セット         | (共通キット) | 8,220 円 |     |
| 性病検査4項目          | 男・女 | 7,500 円  |     | 血液2種検査セット         | (共通キット) | 6,170 円 |     |
| 淋菌・クラミジア検査+のど2項目 | 男・女 | 11,310 円 |     | 血液肝炎2種検査セット       | (共通キット) | 6,170 円 |     |
| 淋菌・クラミジア検査       | 男・女 | 6,170 円  |     | のど(淋菌・クラミジア)検査セット | (共通キット) | 6,170 円 |     |
| 性器淋菌検査           | 男・女 | 4,420 円  |     | のど淋菌検査            | (共通キット) | 4,420 円 |     |
| 性器クラミジア検査        | 男・女 | 4,420 円  |     | のどクラミジア検査         | (共通キット) | 4,420 円 |     |
| トリコモナスDNA検査      | 男・女 | 4,730 円  |     |                   |         |         |     |

### カップルセット スタンダードパッケージ

| 検査項目                  | 単価       | 注文数 | 検査項目                  | 単価       | 注文数 |
|-----------------------|----------|-----|-----------------------|----------|-----|
| 性病検査男女パーフェクトペアセット     | 35,730 円 |     | 性病検査4項目+のど2項目 男女ペアセット | 21,830 円 |     |
| 性病検査8項目+のど2項目 男女ペアセット | 31,100 円 |     | 性病検査4項目 男女ペアセット       | 14,250 円 |     |
| 性病検査8項目 男女ペアセット       | 23,680 円 |     | 性病検査2項目+のど2項目 男女ペアセット | 20,350 円 |     |
| 性病検査6項目+のど2項目 男女ペアセット | 26,830 円 |     | 性病検査2項目 男女ペアセット       | 11,720 円 |     |
| 性病検査6項目 男女ペアセット       | 19,060 円 |     |                       |          |     |

合計 → 数量 ( ) 個 : 金額 ( ) 円

コンビニでのお支払いをご希望される場合は、電話・メールアドレスは必須

|           |   |         |     |  |
|-----------|---|---------|-----|--|
| ふりがな      |   |         | 電話  |  |
| お名前       |   |         | FAX |  |
| 性別        | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性   | メールアドレス |     |  |
| お届け先住所    | (〒 - ) 建物名、部屋番号がある場合は省略せず正しくご記入ください<br>都・道<br>府・県   |         |     |  |
| 郵便局・センター名 | 郵便局留・ヤマトセンター止置き希望の方のみ記入   |         |     |  |
| お支払方法     | <input type="checkbox"/> 代金引換   |         |     |  |
|           | <input type="checkbox"/> 銀行振込 (※ご入金確認後の発送となります・振込手数料はお客様負担となります)  |         |     |  |
|           | コンビニ払込 ⇨ <input type="checkbox"/> セブンイレブン <input type="checkbox"/> ローソン <input type="checkbox"/> ファミリーマート (※ご入金確認後の発送となります) |         |     |  |
| キット差出人名   | <input type="checkbox"/> 株式会社GME <input type="checkbox"/> 小和田 幸男 <input type="checkbox"/> 小和田 幾野                            |         |     |  |
| 緊急連絡方法    | <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ファックス                                     |         |     |  |
| 連絡事項      |   |         |     |  |

検査結果確認方法はキット同封の申込書で指定

※郵便局留・ヤマト運輸センター止置きの場合、到着の連絡はしていません

