

(申込日) 年 月 日

医療用抗原簡易キット申込書

(事業者名) _____
(住所) _____
(部署名) _____
(ご担当者名) _____
(TEL) _____
(メール) _____

No	企業名	製品名	規格	定価 (税込)	購入 希望数
1	デンカ(株)	クイックナビ-COVID19 Ag	10テスト	60,000	
2	アルフレッサ ファーマ(株)	アルソニック COVID-19 Ag	10テスト	60,000	
3	ロート製薬(株)	チェック MR-COV19	10テスト	15,000	
4	コージンバイオ(株)	KBMラインチェックnCoV (スティックタイプ)	10テスト	10,000	

- ※1. 各種抗原簡易キットの詳細につきましては下記(厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の体外診断用医薬品(検査キット)の承認情報)参照
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11331.html
- ※2. 当社は通常、同製品につきましては医療機関様を対象とし販売致しております。
従いまして、在庫状況に応じご要望にお応えできない場合もありますので、
ご了承下さい。
- ※3. 抗原簡易キット以外の抗原定性検査(機材を使用して判定するタイプ)をご要望の際は、
窓口までお問い合わせ下さい。

◆必ず別紙「販売規約」をご確認、同意の上、申し込み頂きますようお願い致します。

以上