

(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	15,000	
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	30,000	
3	デンカ(株)	クイックナビ-Flu+COVID19 Ag	10テスト	21,000	
4	ロート製薬(株)	チェック MR-COV19	10テスト	15,000	
5	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添付文書をご参照下さい。
- ※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