

ラドン濃度測定申込書

一般社団法人
ホルミシス臨床研究会 御中
FAX 03-3598-8862

申込年月日 平成 年 月 日

ホルミシス臨床研究会が指定検査会社を通じて行う以下の内容のラドン濃度測定について、料金事前支払いにて申し込み致します。

測定内容（いずれかに○印をつけて下さい。）

- ・空間のラドン濃度 ・水のラドン濃度
(1回 (1施設) 70,000円) (1回 50,000円)

申込者名称

(法人・団体名及び代表者氏名)

印

住所

担当者（部署名及びお名前）

TEL

FAX

メールアドレス

◎振込先（振込手数料はご負担下さい。）

三井住友銀行 新宿通支店 口座（普）8085318 一般社団法人ホルミシス臨床研究会

◎入金確認後、指定検査会社より申込者の方へ打ち合せのための電話連絡がいきます。