



検査依頼票/報告書 (大田区、世田谷区、北区、足立区、荒川区、墨田、葛飾、江戸川区)

送付先

メタルラボ行 検査依頼票
クリニック御中 検査結果報告書

輸送手段

ゆうパック メタルラボ作成のラベルを貼付ください。推奨 翌日着※1
レターパックプラス 追跡用バーコードをメール送付ください。翌日着※2
新特急郵便 (東京区内のみ) 局に持ち込み、同日17:00までに到着
当日配達ゆうパック (〒10～15 地域島しょ除く)
バイク便3時間 (港区 (台場除く)・千代田区・中央区)
バイク便5時間 (都内12区)
その他

事業所名	TEST診療所
クリニック電話番号	03-0000-1234
検査責任者氏名	〇〇 〇〇
携帯電話	
メールアドレス	gmail@gmail.com
その他 担当者	
緊急電話番号	陰性以外の際に、電話連絡を要する場合に記載ください
その他メール	

事業所名	メタルラボ
代表番号	0120-567-497
営業	佐藤明
メールアドレス	service@metallab.jp
深夜早朝電話	050-3552-0567 (こちらの番号へ時間外の連絡をさせていただきます。)

	氏名 ※3	メモ	特記事項	検査番号	判定
1					
2					

3					
4					
5					
6					

※1 ゆうパックは、メタルラボ作成のラベルを貼付するだけで、記入などは不要です。メタルラボへ郵便物追跡番号のご連絡メールをいただかなくとも自動追跡が可能です。(ラベル作成から2か月間有効)

※2 レターパックプラスについては従来通り、郵便物追跡番号をこの依頼票とともに送付ください。

※3 「氏名」欄は、アルファベット、数字でも結構ですが、「メモ」欄に個人識別情報の記載を推奨します。

※他の郵便サービスについては、郵便局にお問い合わせください。

service@metallab.jp