

**数量  
限定**

# インフルエンザウイルス × SARSコロナウイルス 同時検出キット 特別価格のご案内

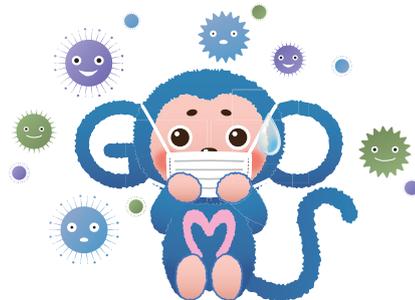
インフルエンザウイルス × SARSコロナウイルス

※価格は全て税抜です。

検査料 SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性：225点

## 1回の検査でインフルエンザウイルスと SARSコロナウイルスの検出が同時に可能

- インフルエンザウイルスはA型、B型判別可能
- ラピッドテスト RSV&SARS-CoV-2(※本チラシ裏面掲載)と検体希釈液が  
共通使用できます。



判定時間  
**10分**

1テストあたり  
**650円**  
(税抜)



注文コード

**060-225**

### ラピッドテスト® FLU&SARS-CoV-2

- 製造販売元/積水メディカル株式会社
- 貯蔵方法/2~30℃
- 判定時間/10分
- 検体/鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- 有効期間/12カ月(製造後)
- 承認番号/30400EZ000043000

お申し込みはお早めに!!

**使用期限限定(2026年1月)の為  
特別販売価格**

10テスト入  
**1箱**

通常販売価格

~~9,900円~~ (税抜)

**6,500円** (税抜)

特別販売価格での提供の**製品使用期限は「2026年1月」**の商品となります。



弊社が用意した製品使用期限「2026年1月」の商品在庫が  
無くなり次第、本企画は終了となります。  
**企画終了後は、通常販売価格の9,900円**でのご提供となります。

※製品の詳細は各メーカーウェブサイトにてご確認ください。

ご注文は裏面のFAX注文用紙にてご注文可能です。

※需要増加の影響でメーカー側の在庫が欠品した場合は、注文受付を停止、注文個数の制限する場合がございますので予めご了承ください。

チラシ有効期限：2025年8月29日

※ご注文数量が、ご用意した在庫数に達した場合は、  
チラシ有効期限前に終了の場合がございます。

RSウイルスキット × SARSコロナウイルス

検査料 SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性：420点

# 1回の検査でRSウイルスと SARSコロナウイルスの検出が同時に可能

・ラピッドテスト FLU&SARS-CoV-2と検体希釈液が共通使用できます。



注文コード: **060-226**  
**10テスト入**  
**1箱 9,900円** (税抜)



1テストあたり  
**990円**  
 (税抜)

## ラピッドテスト® RSV&SARS-CoV-2

- ・製造販売元/積水メディカル株式会社
- ・貯蔵方法/2~30℃
- ・判定時間/10分
- ・検体/鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- ・有効期間/12カ月(製造後)
- ・承認番号/30400EZ000042000

インフルエンザウイルス × SARSコロナウイルス

ご注文の場合は、  
注文箱数をご記入ください。

注文コード	商品名	1箱入数	販売価格(税抜)	注文箱数
<b>060-225</b>	<b>使用期限:2026年1月限定</b> ラピッドテスト® FLU&SARS-CoV-2 ※ご注文数量が、ご用意した在庫数に達した場合は、 チラシ有効期限前に終了の場合がございます。	10テスト	<del>9,900円</del> <b>特別販売価格</b> <b>6,500円</b>	箱

RSウイルス × SARSコロナウイルス

ご注文の場合は、  
注文箱数をご記入ください。

注文コード	商品名	1箱入数	販売価格(税抜)	注文箱数
<b>060-226</b>	ラピッドテスト® RSV&SARS-CoV-2	10テスト	<b>9,900円</b>	箱

※需要増加の影響でメーカー側の在庫が欠品した場合は、注文受付を停止、注文個数の制限する場合がございますので予めご了承ください。

ご注文時の注意点

- ※1回のご注文金額の合計が5,000円(税抜)未満の場合、500円(税抜)の送料をご負担いただきます。
- ※夏季期間は、クール便での発送となりますので、到着まで3日~4日程お時間を要する場合がございます。なおメーカーの在庫状況、ご注文状況によっては発送が遅延する場合がございます。
- ※ご注文受付後の返品・キャンセルは出来かねますので予めご了承ください。
- ※システム上、他の商品とあわせてのご注文は出来かねますので予めご了承ください。
- ※お荷物の配達日・時間指定は出来かねますので予めご了承ください。
- ※この用紙にご記入いただいた情報は、当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用しません。

ご施設名				ご担当者			
ご住所							
T E L	( )	F A X	( )				
医院コード				お申込み日	年	月	日

MEDICAL SUPPLY  
 ご注文・お問い合わせは **GoodS** 医療用品カタログ受付窓口まで  
 ご注文は、カタログ表紙に記載のあるFAX番号までお願いします。