

腸内細菌検査依頼書

* 黒枠内をご記入下さい。

依頼年月日	年 月 日	支所受付番号	依頼書番号	
依頼者	住所	依頼者コード No.		
	氏名 (会社名)	TEL	-	-
		FAX	-	-

次のとおり検査を依頼します。

検査項目	A 赤痢菌、チフス菌、パラチフスA菌 B サルモネラ R 腸管出血性大腸菌 ()					
依頼区分	1 食品取扱者	2 給食従事者	3 水道従事者	4 バザー	5 実習	6 その他
依頼件数	件	金額	円	収入担当者印		請求書有

① 公衆衛生協会

	氏 名		氏 名
	1.		16.
	2.		17.
	3.		18.
	4.		19.
	5.		20.
	6.		21.
	7.		22.
	8.		23.
	9.		24.
	10.		25.
	11.		26.
	12.		27.
	13.		28.
	14.		29.
	15.		30.

備考欄	
-----	--