

# 検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

依頼日 年 月 日

ご依頼者	住所	〒			
	フリガナ				
	名称・屋号	様			
	連絡担当者	所属		氏名	様
TEL			FAX		

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送(返信用の封筒に切手を貼ってお持ち下さい。)	<input type="checkbox"/> 来社
支払	<input type="checkbox"/> 支払済	<input type="checkbox"/> 未払
報告書型式	<input type="checkbox"/> 集団型式	<input type="checkbox"/> 個人型式

被験者区分	<input type="checkbox"/> 食品従事者	<input type="checkbox"/> 給食従事者	<input type="checkbox"/> 水道従事者	<input type="checkbox"/> その他 ( )
検査項目	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ	( )	名	
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (O-157)	( )	名	
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (O-157・O-26)	( )	名	
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (O-157・O-26・O-111)	( )	名	
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌	( )	名	
	<input type="checkbox"/> ノロウイルス(遺伝子検査) ( )	<input type="checkbox"/> ノロウイルス(抗原検査) ( )	名	名

No.	氏名	確認	性別	年齢	No.	氏名	確認	性別	年齢
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				

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円
------	------	---	---------	---

備考				
----	--	--	--	--

受付日	受付者	検査受付日	事務処理担当者	事務受付日	内容確認

お問合せ先 有限会社 西濃衛生検査所 TEL:0584-81-2408 FAX:0584-77-1750 HP