

糞便検査依頼書①

太枠の中をご記入ください

／ 枚

依頼日		年 月 日	
依頼者	住所	(〒 -)	
	氏名		
	電話番号	☎ - -	
	業種等 (○をつけてください)	給食従事者、食品従事者、水道従事者、実習、学生、その他()	
成績書受取方法 (○をつけてください)	来所して受け取り		* 郵送希望の場合は切手を貼った封筒をご持参ください。 * 投函後の責任は一切負いかねますので、ご了承ください。
	郵送希望		
検査項目 (○をつけてください)	赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌		サルモネラ属菌
	腸管出血性大腸菌O157		その他 ()

(弊所使用欄) No.	番号	フリガナ 被検者名	採便日	弊所使用欄			
				赤痢菌・チフス菌 ・パラチフスA菌	腸管出血性 大腸菌O157	サルモネラ属菌	その他 ()
	1		月 日				
	2		月 日				
	3		月 日				
	4		月 日				
	5		月 日				
	6		月 日				
	7		月 日				
	8		月 日				
	9		月 日				
	10		月 日				

手数料	受付検体数	検体
	単価	円
	合計	円

受付担当者	
手数料受領印	

* 公衆衛生上、検査結果によっては担当課に伝える場合がございます。
お問い合わせ先:あかし保健所 生活衛生課 衛生検査係 TEL:078-918-5427