

検 査 依 頼 書

太枠の中をご記入ください

依 頼 者	住 所	(〒 —)
	氏 名 または 法人名	
	電話番号	
成績書受取方法		(いずれかに✓チェックしてください) <input type="checkbox"/> 来所受け取り <input type="checkbox"/> 郵送希望(通常郵便:84円、速達:344円切手をご持参ください)

(令和 年 月 日受付)

検 査 項 目	件 数	検 査 目 的	検体受理者
腸内細菌培養検査		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)	手 数 料 領 収 印
寄 生 虫 卵 検 査	セロファン法	ぎょう虫卵	
	塗まつ法	回虫・鉤虫・鞭虫等の寄生虫卵	
	集卵法	回虫・鉤虫・鞭虫等の寄生虫卵	

No.	受 検 者 氏 名	検 体 番 号 (※事務処理欄)	No.	受 検 者 氏 名	検 体 番 号 (※事務処理欄)
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		