

検査依頼書

※太枠内の記入をお願いします

(医) 四日市予防保健協会

TEL : 059-321-8008

FAX : 059-321-9108

mail : yyhk@cty-net.com

顧客様名称 (社名)	(個人・法人) 様			
	住所 〒			
	TEL		FAX	
	Mail			
検査成績証明書の発行	無 ・ 有 (発行手数料別途120円)			
検査結果報告方法	郵送 ・ FAX ・ 電話 ・ メール ・ 窓口 ※郵送の場合は郵送料として別途110円頂きます(2024.10~)			
提出日 :	年	月	日	
連絡責任者名 :				実施人数 : 名様

< 弊社使用欄 >
顧客コード
受付日 :
検 体 : 糞 便
担当者 :

検査項目	依頼される検査項目を下記の中から選んで、該当する番号に○を記入して下さい		
	1	指定菌 (赤痢菌・サルモネラ菌・チフス菌・パラチフスA菌)	420円
	2	指定菌+O-157	630円
	3	指定菌+O-157、O-26、O-111	780円
	4	ノロウィルス	2000円
	5	蟯虫卵検査	120円

	氏 名	所 属	年 齢	性 別	
1				男 ・ 女	
2				男 ・ 女	
3				男 ・ 女	
4				男 ・ 女	
5				男 ・ 女	
6				男 ・ 女	
7				男 ・ 女	
8				男 ・ 女	
9				男 ・ 女	
10				男 ・ 女	
11				男 ・ 女	
12				男 ・ 女	
13				男 ・ 女	
14				男 ・ 女	
15				男 ・ 女	

※16名様以上の場合、貴社にて名簿作成をお願いします

備考