

検便検査依頼書

年 月 日

函館市長様

住所：

依頼者名：
(会社名)

電話番号：

来所者氏名：

次のとおり、検便検査を依頼します。

検査項目および件数(依頼する項目に☑して、検査件数を記入してください。)

検査項目	件数	単価	金額
<input type="checkbox"/> 腸内感染症病原菌 <small>(赤痢菌, 腸チフス菌, パラチフスA菌, サルモネラ属菌)</small>	件	700 円	円
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 <small>(O-157,26,111等)</small>	件	700 円	円
<input type="checkbox"/> 寄生虫卵	件	130 円	円
<input type="checkbox"/> その他追加1培地 ()	件	700 円	円
		合計	円

検便検査被検者名簿(氏名の記入は、はっきりとお願いします。)

番号	氏名	番号	氏名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

成績書の発行方法： まとめて発行を希望。 個別で発行を希望。

検便検査被検者名簿(氏名の記入, はっきりとお願いします。)

番号	氏名	番号	氏名
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	
26		51	
27		52	
28		53	
29		54	
30		55	
31		56	
32		57	
33		58	
34		59	
35		60	
36		61	
37		62	
38		63	
39		64	
40		65	
41		66	
42		67	
43		68	
44		69	
45		70	