

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、検査件数および金額を記入してください。)

検 査 項 目	単価(円)	件 数	金 額 (円)
<input type="checkbox"/> 腸 内 感 染 症 病 原 菌 (赤痢菌, 腸チフス菌, パラチフスA菌, サルモネラ属菌)	700		
<input type="checkbox"/> 食 中 毒 菌 (腸管出血性大腸菌※)	700		
<input type="checkbox"/> 寄 生 虫 卵	130		
<input type="checkbox"/> そ の 他 食 中 毒 菌 ()	700		
※血清型:O157, 26, 103, 111, 121および145		合 計	

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、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	