

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) ☐ 来所受け取り ☐ 郵送希望(通常郵便:110円、速達:410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		