

検便検査依頼書

一般財団法人 北海道薬剤師会公衆衛生検査センター
〒062-0931 札幌市豊平区平岸1条8丁目6番6号
TEL (011)824-1348 FAX (011)824-1627

※太枠内をご記入ください

依頼日(西暦)		年 月 日		受付日 :	
依頼者	住所	〒			
	会社名 又は氏名				
	連絡担当者	所属		氏名	様
		TEL		FAX	

※成績書宛名、請求書宛名、各送付先が上記と異なる場合は下記にご記入ください

成績書の宛名	住所	〒
	名称	様
検査料の請求先	住所	〒
	名称	様
成績書の送付先	住所	〒
	名称	様

検査項目 <small>希望する項目番号に チェックを付けて下さい</small>	<input type="checkbox"/> 1. 赤痢菌・サルモネラ属菌(チフス菌・パラチフスA菌を含む)・腸管出血性大腸菌O157			
	<input type="checkbox"/> 2. 赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌(腸管系伝染病)			
	<input type="checkbox"/> 3. 寄生虫卵			
	<input type="checkbox"/> 4. 上記以外の項目 ()			
	<input type="checkbox"/> 5. ノロウイルス(イムノクロマト法)			
	<input type="checkbox"/> 6. ノロウイルス(リアルタイムRT-PCR法)			
被検者氏名	1		11	
	2		12	
	3		13	
	4		14	
	5		15	
	6		16	
	7		17	
	8		18	
	9		19	
	10		20	

成績書受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 来所		備考
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
結果連絡	<input type="checkbox"/> TEL		
	<input type="checkbox"/> FAX		
	<input type="checkbox"/> 不要		

			受 付 者		
				検 査 料 金	
				受 付 番 号	