

検 査 依 頼 書

受付日 年 月 日

事業所名 ★証明書受取（窓口・郵送）

ご担当者氏名

住所 〒

TEL () FAX ()

ご請求先名 ★支払方法（窓口・振込）

ご請求先住所 〒

【検査内容】希望の項目に○を付けて下さい

- ① 赤痢菌 ・ サルモネラ菌 ※尚サルモネラ菌にはチフス菌・パラチフス菌検査も含まます
- ② 赤痢菌 ・ サルモネラ菌 ・ 病原性大腸菌O157
- ③ 赤痢菌 ・ サルモネラ菌 ・ 病原性大腸菌O157 ・ O26 等
- ④ ノロウイルス《リアルタイムPCR法》 （ノロウイルス検査は別容器となります）
- ⑤ その他（寄生虫卵・ヒブリオ菌・コレラ菌 等）

★ 食品微生物検査・食品衛生検査も承っております。

【提出者】提出予定人数 () 人 提出予定日 月 日 ()

氏 名	フリガナ	氏 名	フリガナ
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

その他、検査に関する指定、体調（嘔吐・下痢）等について連絡事項がある場合は備考欄へ記入願います。

【備考】