検　査　依　頼　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依　頼　者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |

手渡し ・ 郵送 ・ 逓送

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | ※1 サルモネラ属菌には、  腸チフス菌・パラチフス菌も  含まれます。  ※2 腸管出血性大腸菌O26及びO111  の検査をご希望されるときは、  受付時にお伝えください。 |
| 検　査　項　目 | | 検体数 |
| 腸内細菌検査 | 赤痢菌 |  |
| サルモネラ属菌※1 |
| 腸管出血性大腸菌O157※2 |

対象区分：給食・食品・水道・保育・その他（　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　名 | No. | 氏　名 |
| 1 |  | 11 |  |
| 2 |  | 12 |  |
| 3 |  | 13 |  |
| 4 |  | 14 |  |
| 5 |  | 15 |  |
| 6 |  | 16 |  |
| 7 |  | 17 |  |
| 8 |  | 18 |  |
| 9 |  | 19 |  |
| 10 |  | 20 |  |