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	
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 0157※2	

※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 026 及び 0111 の検査をご希望されるときは、受付時にお伝えください。

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	