

試 験 (検 査) 依 頼 書

年 月 日

北海道釧路保健所長 様
(北海道釧路総合振興局保健環境部長)

依 頼 者 (〒 -)

住 所:

氏 名:

担当者: (所属等:)

(連絡先電話: - -)

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験(検査)を依頼します。
記

1 試験(検査)種別

依頼する検査項目にチェック(☑)をし、依頼する件数(人数)と金額を記入して下さい。

種 別 ・ 試 験 (検 査) 項 目	単 価	件数	金 額
細菌培養同定検査 <input type="checkbox"/> : 赤痢菌 <input type="checkbox"/> : サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> : 腸管出血性大腸菌 O157 <input type="checkbox"/> : チフス菌 <input type="checkbox"/> : パラチフス A 菌 <input type="checkbox"/> : その他	1,950 円		円
大腸菌ベロトキシン検出検査	1,940 円		円
寄生虫 直接塗抹検査 (<input type="checkbox"/> : 蛔虫卵 <input type="checkbox"/> : 蟯虫卵 <input type="checkbox"/> :)	280 円		円
	円		円
	円		円
合 計			円

2 納入者(依頼者と異なる場合のみ、記入して下さい。)

(〒 -)

住所:

氏名:

(連絡先電話: - -)

3 区分・業種

依頼者区分	<input type="checkbox"/> : 官公庁 <input type="checkbox"/> : 市町村 <input type="checkbox"/> : 医療施設 <input type="checkbox"/> : 一般企業 <input type="checkbox"/> : 一般住民 <input type="checkbox"/> : 他 ()
被験者業種	<input type="checkbox"/> : 食品取扱者 <input type="checkbox"/> : 調理従事者 <input type="checkbox"/> : 水道従事者 <input type="checkbox"/> : 学生 <input type="checkbox"/> : 他 ()

4 被験者

太枠内(□)に検査を受ける方の氏名等を記入して下さい。

番号	氏 名	年齢	性 別	採取日	番号	氏 名	年齢	性 別	採取日
1			男・女	/	11			男・女	/
2			男・女	/	12			男・女	/
3			男・女	/	13			男・女	/
4			男・女	/	14			男・女	/
5			男・女	/	15			男・女	/
6			男・女	/	16			男・女	/
7			男・女	/	17			男・女	/
8			男・女	/	18			男・女	/
9			男・女	/	19			男・女	/
10			男・女	/	20			男・女	/