

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"/> : その他 <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	1,860 円		円
大腸菌ベロトキシン検出検査	1,980 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	/