

受付	入力	承認	発行

腸内細菌検査依頼書

No. _____

施設名（報告書の宛名になります）

様

ご提出人数 _____ 人

(1枚目に合計人数をご記入下さい)

検査依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※太枠内をご記入の上、依頼書と検体を同封して下さい
※依頼書がない場合、施設名を特定できず検査ができない場合があります

検査項目に☑チェックをご記入ください

☐赤痢菌 ☐サルモネラ（腸チフス・パラチフス含） ☐腸管出血性大腸菌O-157

☐腸管出血性大腸菌O-26 ☐腸管出血性大腸菌O-111 ☐カンピロバクター ☐腸炎ビブリオ

☐その他（ _____ ）

No.	氏 名	提出者 チェック	後日 郵送	削除	受付	No.	氏 名	提出者 チェック	後日 郵送	削除	受付
1		☐	☐	☐		26		☐	☐	☐	
2		☐	☐	☐		27		☐	☐	☐	
3		☐	☐	☐		28		☐	☐	☐	
4		☐	☐	☐		29		☐	☐	☐	
5		☐	☐	☐		30		☐	☐	☐	
6		☐	☐	☐		31		☐	☐	☐	
7		☐	☐	☐		32		☐	☐	☐	
8		☐	☐	☐		33		☐	☐	☐	
9		☐	☐	☐		34		☐	☐	☐	
10		☐	☐	☐		35		☐	☐	☐	
11		☐	☐	☐		36		☐	☐	☐	
12		☐	☐	☐		37		☐	☐	☐	
13		☐	☐	☐		38		☐	☐	☐	
14		☐	☐	☐		39		☐	☐	☐	
15		☐	☐	☐		40		☐	☐	☐	
16		☐	☐	☐		41		☐	☐	☐	
17		☐	☐	☐		42		☐	☐	☐	
18		☐	☐	☐		43		☐	☐	☐	
19		☐	☐	☐		44		☐	☐	☐	
20		☐	☐	☐		45		☐	☐	☐	
21		☐	☐	☐		46		☐	☐	☐	
22		☐	☐	☐		47		☐	☐	☐	
23		☐	☐	☐		48		☐	☐	☐	
24		☐	☐	☐		49		☐	☐	☐	
25		☐	☐	☐		50		☐	☐	☐	

- ①検査依頼日はご提出日をご記入下さい
- ②ご提出される方は、提出者チェック欄に☑チェックを入れて下さい
- ③後日郵送される方は、後日郵送欄に☑チェックを入れて下さい
- ④氏名欄からお名前を削除したい場合は、削除欄に☑チェックを入れて下さい
- ⑤新に追加される方、お名前に変更がある場合は、依頼書へ直接ご記入下さい

※お問い合わせは下記までご連絡下さい

総合検査センターTEL:0263-88-3911

環 境 未 来 株 式 会 社 総 合 検 査 セ ン タ ー

長 野 県 衛 生 検 査 所 登 録 8 2 号

長 野 県 松 本 市 和 田 4 0 1 0 - 5