

# 検査依頼書(腸内細菌、ノロウイルス)

住所  
〒 038-0011  
青森県青森市大字薬剤123-45

ご依頼者名  
株式会社青森商社

担当者 青森 太郎

TEL: 017-762-3623 FAX: 017-123-789

成績書の宛名となります。  
郵便番号・ご住所(番地まで)、お電話番号(市外局番から)のご記入をお願いします。

一般財団法人青森県薬剤師会  
食と水の検査センター  
〒030-0142青森市大字野木字山口164-4  
TEL : 017-762-3623  
FAX : 017-762-3660

結果書の受け取り方を  
○で囲んでください。

太線のみ記入をお願いします。

提出日をご記入ください。

依頼年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	成績書	郵送・来所
検査項目 希望する項目に ○して下さい	<input type="radio"/>	① 赤痢菌・腸チフス菌・パラチフスA菌・その他のサルモネラ	
	<input type="radio"/>	② 腸管出血性大腸菌 O157	
	<input type="radio"/>	③ 腸管出血性大腸菌 O26及びO111	
	<input type="radio"/>	④ 腸管出血性大腸菌 EHECセット (①の項目を含む) ※EHEC検出の場合、血清型 (026、0103、0111、0145、0157またはその他の腸管出血性大腸菌) を報告いたします。別途料金にて上記以外の血清型 (025、055、086a、091、0121、0126、0127a、0128、0165、0169)の報告もいたします。	
	<input type="radio"/>	⑤ ノロウイルス ※専用容器(要冷凍)	
	<input type="radio"/>	⑥ その他の項目 ( )	

※結果連絡を必要な場合はご記入下さい。(TEL: 017-123-456 ) (FAX: 017-123-789 )

	氏名	備考		氏名	備考
1	青森 太郎				
2	青森 花江				
3	青森 一郎		18		
4	青森 花子		19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

探便し提出された方のみ  
氏名をご記入ください。

センター 記入欄	受領日	受付日及び受付者	件数	その他				
	区分 : 青森 浪岡 下北 三沢 十和田 三戸 北五 西郡 南黒							