

検査依頼書(腸内細菌、ノロウイルス)

住所 〒	
ご依頼者名	
担当者	
TEL:	FAX:

受付番号 _____

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

太線のみ記入をお願いします。

依頼年月日	年 月 日	成績書	郵 送・来 所
検査項目 希望する項目に ○して下さい			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
			② 腸管出血性大腸菌 O157
			③ 腸管出血性大腸菌 O26及びO111
			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。
			⑤ ノロウイルス ※専用容器(要冷凍)
			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:) (FAX:)

No.	氏 名	備考	No.	氏 名	備考
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

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					