

検査依頼書(腸内細菌、ノロウイルス)

住所 〒	
ご依頼者名	
TEL:	担当者
	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164-43
 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 ○をして下さい			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 ()	
	氏 名	備考	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	受付者	件数	受付番号	備考	請求書