

検査依頼書(腸内細菌、ノロウイルス)

住所
〒 038-0001
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164-43
TEL : 017-762-3623
FAX : 017-762-3660

太線のみ記入をお願いします。

提出日をご記入ください

結果書の受け取り方を

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	青森 太郎		16	
2	青森 花江		17	
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	

採便し提出された方のみ

センター記入欄	受領日	受付者	件数	受付番号	備考	請求書