

腸内細菌検査依頼書

(宛先) 旭川市保健所長

太枠の中を御記入ください。

依頼年月日		年	月	日
依頼者	住所 〒	Tel		
	氏名			
納入義務者	住所 〒	Tel		
	氏名			
結果通知	1. 郵送 2. 窓口で手交 3. その他()			



整理番号	被検査者名			整理番号	被検査者名		
	氏名	性別	年齢		氏名	性別	年齢
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	
		男・女				男・女	

※10名を越える場合は、連名簿を御使用ください。なお、結果については連名で記載されます。

種別	検査項目	単価	件数	金額
糞便(細菌)検査	() 腸管出血性大腸菌	1,870 円		円
	() 赤痢菌			
	() サルモネラ属菌			
	() チフス菌			
	() パラチフス菌			
寄生虫卵	回虫卵, 蟯虫卵 等	240 円		円
合計金額				円