

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	1,990 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	260 円		円
		合計金額		円