

消化器系細菌培養検査・ノロウイルス検査申込書

コード 610601

No.

受付支部	(一社)京都市食品衛生協会	受付日	年 月 日
団体名又は屋号	カナ No. _____ 様		
代表者様名	_____ 様		
連絡先住所	〒 _____		
連絡先(担当者)氏名	カナ ----- _____ 様	連絡先	TEL: FAX:
検査項目	<input type="checkbox"/> ①赤痢菌・サルモネラ菌・チフス菌・パラチフス菌 腸管出血性大腸菌(O-26, O-111, O-157, O-128)		
	<input type="checkbox"/> ②ノロウイルス検査(PCR法)		

検体No.	氏名	カナ	年齢	性別	備考
1			歳	男・女	
2			歳	男・女	
3			歳	男・女	
4			歳	男・女	
5			歳	男・女	
6			歳	男・女	
7			歳	男・女	
8			歳	男・女	
9			歳	男・女	
10			歳	男・女	
11			歳	男・女	
12			歳	男・女	
13			歳	男・女	
14			歳	男・女	
15			歳	男・女	

(委託業者用)

送付回数	送付個数
/	/
回	個

【受付・領収印】