

試験（検査）依頼書

令和 年（ ） 月 日

北海道室蘭保健所長 様

依頼者

住 所（〒 - ）

ふり がな
氏 名

（TEL - - ）

担当者（所属）

（連絡先）

※ 納入者が依頼者と異なる場合のみ記入してください。

納入者

住 所（〒 - ）

ふり がな
氏 名

（TEL - - ）

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験（検査）を依頼します。なお、検査料金については後納とし納入通知書により納入します。

記

細菌培養同定検査	赤痢菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌 O157・チフス菌 パラチフス A 菌・その他（ ）
寄生虫 直接塗まつ検査	回虫卵・その他（ ）

※ 依頼する検査項目を○で囲んで下さい。

検査種別	単価	件数	金額
細菌培養同定検査* （一般培養のみの場合）	2,040円		
寄生虫 直接塗まつ検査	280円		

※血清抗体法による同定検査を併せて行った場合、2,100円となります。

区分	市町村・官公庁・病院・会社・学校・住民・その他（ ）
業種	給食従事者・食品従事者・水道従事者・実習・学生・その他（ ）

※ 検査対象者の区分・業種項目を○で囲んで下さい。

被検査者					被検査者				
No.	氏名	年齢	性別	採取日	No.	氏名	年齢	性別	採取日
1			男・女		11			男・女	
2			男・女		12			男・女	
3			男・女		13			男・女	
4			男・女		14			男・女	
5			男・女		15			男・女	
6			男・女		16			男・女	
7			男・女		17			男・女	
8			男・女		18			男・女	
9			男・女		19			男・女	
10			男・女		20			男・女	