

試験検査依頼書

令和 年 月 日

北海道苫小牧保健所長 様

(依頼者)

〒 ー
住所
氏名

〒 ー

☎

(納入義務者)

〒 ー
住所
氏名

〒 ー

☎

次のとおり試験検査を依頼します。

記

1 検査項目 (希望項目に○を付けてください)

- 細菌培養同定検査 : ・赤痢菌 ・腸チフス菌 ・パラチフスA菌
・サルモネラ属菌 ・腸管出血性大腸菌O157
寄生虫卵塗抹検査 : ・回虫卵
その他 :

2 検査手数料

種 別	単 価	件 数	金 額
細菌培養同定検査	1,950円		
寄生虫卵塗抹検査	280円		
合 計			

3 検査手数料は納入通知書による納入になります。

4 結果書受取方法 : 郵送 取りに来る ・ ☎

5 名簿

番号	氏 名	年齢	番号	氏 名	年齢