

腸内細菌検査依頼書

No. /

住 所 又は 郵 送 先	〒
事業所名 又は 団 体 名	(担当者名：)
電 話 番 号	

受 付 年 月 日			
報 告 年 月 日			
受 検 者 数		人	
※検査項目	病原性大腸菌 O-157	陰 性	人
		陽 性	人
	赤 痢 菌	陰 性	人
		陽 性	人
	サルモネラ菌 チフス菌 パラチフス菌	陰 性	人
		陽 性	人
備 考			

※実施する検査項目欄に○をしてください。

整理 番号	氏 名	性 別	年 齢	整理 番号	氏 名	性 別	年 齢

(検査責任者 石野 彰)

公益財団法人ちば県民保健予防財団
 千葉県美浜区新港32番地14
 電話：043-246-0350

検査責任者印のなきものは無効です

事業所名又は団体名

受付年月日

報告年月日

No. /

検査項目

病原性大腸菌
O-157

赤痢菌

サルモネラ菌
チフス菌
パラチフス菌

※実施する検査項目欄に○をしてください。

整理番号	氏名	性別	年齢		整理番号	氏名	性別	年齢	

(検査責任者 石野 彰)

公益財団法人ちば県民保健予防財団

千葉県美浜区新港32番地14
電話：043-246-0350

検査責任者印のなきものは無効です

腸内細菌検査依頼書

No. _____ / _____

住 所 又は 郵 送 先	〒261-0002 千葉市美浜区新港32番地14		
	事業所名 又は 団 体 名 公益財団法人ちば県民保健予防財団 (担当者名： 財団 太郎)		
電 話 番 号	043-246-0350		

受 付 年 月 日			
報 告 年 月 日			
受 検 者 数	人		
※検査項目	○ 病原性大腸菌 O-157	陰 性	人
		陽 性	人
	○ 赤 痢 菌	陰 性	人
		陽 性	人
	○ サルモネラ菌 ブラス菌	陰 性	人
		陽 性	人

実施する検査項目に○をつけてください。

してください。

整理番号	氏 名	性 別	年 齢	整理番号	氏 名	性 別	年 齢
1	財団 太郎	男					
2	財団 花子	女					
3	財団 次郎	男					

氏名は必須です。
検体袋にも記入があるか、
再度ご確認ください。

(検査責任者 石野 彰)

公益財団法人ちば県民保健予防財団
千葉市美浜区新港32番地14
電話：043-246-0350

検査責任者印のなきものは無効です

事業所名又は団体名

公益財団法人ちば県民保健予防財団

受付年月日

報告年月日

1枚目(40名用)で足りない場合は、こちらをご使用ください。

検査項目

病原性大腸菌
O-157

赤痢菌

サルモネラ菌
チフス菌

※実施する検査項目欄に○をしてください。

実施する検査項目に○をつけてください。

整理番号	氏名	性別	年齢		整理番号	氏名	性別	年齢	

(検査責任者 石野 彰)

公益財団法人ちば県民保健予防財団

千葉県美浜区新港32番地14
電話：043-246-0350

検査責任者印のなきものは無効です