

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 岡 馨)

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	検査項目	整理番号	氏名	性別	年齢	検査項目

(検査責任者 岡 馨)

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 千葉県美浜区新港32番地14
	事業所名 又は 団体名 (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	<input type="radio"/> 病原性大腸菌 O-157	陰性	人
		陽性	人
	<input type="radio"/> 赤痢菌	陰性	人
		陽性	人
	<input type="radio"/> サルモネラ菌	陰性	人
	<input type="radio"/> パルボウイルス菌	陽性	人

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	
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 岡 馨)

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

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
コレラ菌

実施する検査項目に○をつけてください。

※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	検査項目	整理番号	氏名	性別	年齢	検査項目

(検査責任者 岡 馨)

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