

No. /

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			

[illegible]

検査責任者印のなきものは無効です

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。

[illegible]

公益財団法人ちば県民保健予防財団 (検査責任者 岡 馨)

千葉市美浜区新港 3 2 番地 1 4
電話：0 4 3－2 4 6－0 3 5 0

検査責任者印のなきものは無効です

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。

サルモネラ菌
チフス菌

実施する検査項目に○
をつけてください。

[illegible]

千葉市美浜区新港 3 2 番地 1 4
電話：0 4 3－2 4 6－0 3 5 0

検査責任者印のなきものは無効です