

# 試験検査依頼書

依頼年月日 令和 年 月 日

北海道上川保健所長 様  
(北海道上川総合振興局保健環境部長)

〒  
依頼者 住所  
氏名 TEL

〒  
納入者 住所  
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。

検査料 円 ( 納入書 )

検査項目	単価	件数	合計
細菌培養同定検査	¥1,950		
寄生虫卵(回虫卵)	¥280		

[検査項目選択]

依頼する検査項目に○印を付けて下さい。

細菌培養同定検査					寄生虫卵	その他
赤痢菌	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	回虫卵	

[試験検査者名簿]

No	氏名	No	氏名	No	氏名
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	