

試験検査依頼書

令和 年 月 日

北海道岩見沢保健所長 様

依頼者 〒 _____

住所 _____

フリガナ _____ TEL _____

氏名 _____

※納入者が依頼者と異なる場合、ご記入願います。

※納入者 〒 _____

住所 _____

フリガナ _____ TEL _____

氏名 _____

北海道保健所条例施行規則別表により、次の試験(検査)を依頼します。

検査項目選択(依頼する項目に☑を入れてください)

細菌培養同定検査	<input type="checkbox"/> : 赤痢菌	<input type="checkbox"/> : サルモネラ属菌	☐ : その他 []
	<input type="checkbox"/> : チフス菌	<input type="checkbox"/> : パラチフスA菌	
	<input type="checkbox"/> : 腸管出血性大腸菌O157		
寄生虫	<input type="checkbox"/> : 回虫卵	<input type="checkbox"/> : その他 []	

試験検査者名簿

番号	氏名	性別	年齢
1		男・女	
2		男・女	
3		男・女	
4		男・女	
5		男・女	
6		男・女	
7		男・女	
8		男・女	
9		男・女	
10		男・女	

検査手数料は、北海道保健所条例施行規則により、1件あたり次のとおりです。

記

種別	単価
細菌培養同定検査(一般培養のみの場合)	¥1,950
細菌培養同定検査(血清抗体法による同定を併せて行った場合)	¥1,820
大腸菌ベロトキシン検出検査	¥1,940
寄生虫 直接塗まつ検査	¥280

※ 腸管出血性大腸菌が疑われ、大腸菌ベロトキシン検出検査を実施した場合には検査手数料(1,940円)が加算されます。

なお、検査手数料は検査終了後に結果書と併せて送付される「納入通知書」により納入していただきます。