

# 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 千 一

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 千 一

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	<input type="checkbox"/> : 腸管出血性大腸菌O157
	<input type="checkbox"/> : チフス菌	<input type="checkbox"/> : パラチフスA菌	<input type="checkbox"/> : その他( )
寄生虫	<input type="checkbox"/> : 回虫卵	<input type="checkbox"/> : その他( )	

検便検査被検者名簿

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O157が疑われる場合、大腸菌ベロトキシン検出検査(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。

試験検査被検者名簿

番号	氏名	性別	年齢
11		男・女	
12		男・女	
13		男・女	
14		男・女	
15		男・女	
16		男・女	
17		男・女	
18		男・女	
19		男・女	
20		男・女	
21		男・女	
22		男・女	
23		男・女	
24		男・女	
25		男・女	
26		男・女	
27		男・女	
28		男・女	
29		男・女	
30		男・女	
31		男・女	
32		男・女	
33		男・女	
34		男・女	
35		男・女	
36		男・女	
37		男・女	
38		男・女	
39		男・女	
40		男・女	
41		男・女	
42		男・女	
43		男・女	
44		男・女	
45		男・女	