試　験　（　検　査　）　依　頼　書

年　　月　　日

北 海 道 釧 路 保 健 所 長　様
（北海道釧路総合振興局保健環境部長）

依 頼 者 （〒　　－　　）
住 所：

氏 名：

担当者：　　（所属等：　　）
（連絡先電話：　　－　　－　　）

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。

記

1　試験（検査）種別

依頼する検査項目にチェック（☑）をし、依頼する件数（人数）と金額を記入して下さい。

種　別　・　試　験　（　検　査　）　項　目		単　　価	件数	金　　額
細菌培養同定検査 （一般培養のみの場合）	□：赤痢菌 □：サルモネラ属菌 □：腸管出血性大腸菌 O157 □：チフス菌 □：パラチフス A 菌 □：その他（　　）	2,040　円		円
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）		2,100　円		円
大腸菌ベロトキシン検出検査		1,890　円		円
寄生虫	直接塗抹検査　（□蛔虫卵　□　　）	280　円		円
合　　計				円

2　納入者（依頼者と異なる場合のみ、記入して下さい。）

（〒　　－　　）
住所：

氏名：

（連絡先電話：　　－　　－　　）

3　区分・業種

依頼者区分	□：官公庁　□：市町村　□：医療施設　□：一般企業　□：一般住民　□：他（　　）
被験者業種	□：食品取扱者　□：調理従事者　□：水道従事者　□：学生　□：他（　　）

4　被験者

太枠内（□）に検査を受ける方の氏名等を記入して下さい。

番号	氏　　名	採取日	番号	氏　　名	採取日
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／