

衛生検査依頼書

管理番号	年	月	日		
------	---	---	---	--	--

一般団法人 広島県環境保健協会 衛生検査センター

受付年月日 年 月 日

〔お願い〕 太枠内のみ必要事項を必ずご記入ください。

依頼者名 (事業所名)		担当者名	
		所属	
依頼者住所 (事業所住所)	〒	電話番号	() -
		FAX番号	() -

支払方法	<input type="checkbox"/> 前納	年 月 日 円	
	<input type="checkbox"/> 請求	領収又は請求宛先	依頼者と異なる場合のみご記入ください (〒)
成績書 受渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	郵送宛先	依頼者と異なる場合のみご記入ください (〒)
	<input type="checkbox"/> 窓口	連絡先	窓口受取の場合ご記入ください 携帯番号等()

検査項目

希望される検査項目の番号に○印及び右側へ人数を必ずご記入ください。

(検査項目が記入されていない場合は、すべて検査No.1の腸内細菌の検査となりますのでご注意ください。)

検査No.	検査内容		検査料金 (税込)	検査人数
1	腸内細菌 (赤痢菌・パラチフス菌・腸チフス菌・その他のサルモネラ)		@ 550	
2	腸管出血性大腸菌O157のみ		@ 820	
3	腸内細菌+腸管出血性大腸菌O157のみ		@ 1,130	
4	腸内細菌+腸管出血性大腸菌 (O157含む)		@ 1,630	
5	腸内細菌+病原性大腸菌 (O157含む)		@ 2,550	
6	腸内細菌+黄色ブドウ球菌		@ 1,530	
7	腸内細菌+腸炎ビブリオ		@ 1,530	
8	検査No.2~7の	黄色ブドウ球菌	@ 1,020	
9	追加項目として	腸炎ビブリオ	@ 1,020	
10	その他 ()			

取扱い食協				
受理年月日	年	月	日	受付者名

特記事項	
------	--