試　験　依　頼　書

受付番号	第　　号

受付年月日	年　　月　　日	終了予定日	平成　　年　　月　　日

依頼者名	住所	フリガナ		
	会社名	フリガナ	TEL	
			FAX	
			フリガナ	
	担当者	（部署）	（氏名）	
採便管送付先	住所	フリガナ		
	会社名（工場）	フリガナ	TEL	
			FAX	
			フリガナ	
	担当者	（部署）	（氏名）	

NO	採便者指名	NO	採便者指名

検査項目	サルモネラ属菌(チフス・パラチフスを含む）、赤痢菌、腸管出血性大腸菌（0157・026・0111）

備考

1. 成績書発行後は，依頼者名，検体名共変更できません。
2. 成績書の再発行は，発行後1年以内とさせて頂きます。

試　験　依　頼　書

受付番号	第　　号

NO	採便者指名	NO	採便者指名

備考