

試 験 (検 査) 依 頼 書

依頼日 年 月 日

北海道北見保健所長 様

太枠内を記入してください。

依頼者住所	〒	電話
依頼者氏名	(担当者:)	
納入者住所*1 □依頼者と同じ	〒	電話 □依頼者と同じ
納入者氏名*1 □依頼者と同じ		
結果書について *2	1 郵送 (□依頼者あて ・ □納入者あて ・ □その他) 2 取りに来る ()	

*1 納入者が依頼者と異なる場合のみ記入してください。

*2 数字を○で囲み、必要な場合はチェックや空欄内をご記入ください。

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。

依頼する検査項目を○で囲み、件数、金額を記入してください。

検 査 種 別	検 査 項 目	単価(円)	件数	金額(円)
細菌培養同定検査 (一般培養のみ)	1 赤痢菌	1,950		
	2 サルモネラ属菌(チフス・パラチフスA菌を含む)			
	3 腸管出血性大腸菌O157			
寄生虫(直接塗まつ検査)	4 回虫卵	280		
	()			
合 計				

対象者業種	1 給食従事者 2 食品従事者 3 水道従事者 4 その他()
-------	--

番 号	氏 名	番 号	氏 名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※10名を超える場合は別紙に記入してください。