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  ２  ３ | 赤痢菌  ｻﾙﾓﾈﾗ属菌(ﾁﾌｽ・ﾊﾟﾗﾁﾌｽA菌を含む)  腸管出血性大腸菌O157 | 1,950 |  |  |
| 寄生虫（直接塗まつ検査） | ４ | 回虫卵 | 280 |  |  |
| (　　　　　　　　　　 ) | ５ | (　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |
|  | 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。