検便検査依頼書

この度は遠鉄食品検査センターに検便検査をご依頼いただきまして、ありがとうございます。 検査内容等につきまして、下記にご記入いただき、

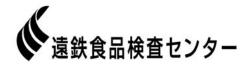
お手数ですが FAX をお願い致します。(**FAX 053-441-5111**)

FAX を確認後、当社からご連絡させていただきます。

										半成	年	月		日
貴	产	Ł	名											
所	右	Ē	地	Ŧ	_									
٣	連	絡	先	TEL					FAX					
ご担当者様名				(ご担当部署名)										
今	口	_"	依	頼	いた	だく	人	数						人
実			施		予	定		日		年	月		日	ごろ
年		間		実	施	口		数						回
					・赤痢菌、	腸チフス菌	、パラ	チフ	ス菌、サルモニ	ネラ				
検	查	内	容		・赤痢菌、 ・O157	腸チフス菌	、パラ	チフ	ス菌、サルモニ	ネラ				
ご希望の検査内容 に○印をご記入く			・赤痢菌、腸チフス菌、パラチフス菌、サルモネラ・O157、O26、O111											
ださ	えい。				・ノロウ	ィルス(抗原	検査)							
				・ノロウィルス(リアルタイム PCR 法)										
۲,	質	問	等											

太線枠内をご記入ください。

尚、ご不明な点は下記までお問い合せください。



〒432-8045 静岡県浜松市中区西浅田 2-9-5 遠鉄百貨店 浅田流通センター3 階 TEL 053(441)5075 FAX 053(441)5111