

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 053-585-5055)
FAX を確認後、当社からご連絡させていただきます。

平成 年 月 日

貴社名			
所在地	〒 -		
ご連絡先	TEL	FAX	
ご担当者様名	(ご担当部署名)		
今回ご依頼いただく人数			人
実施予定日	年 月 日		ごろ
年間実施回数			回
検査内容 ご希望の検査内容に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/>	・赤痢菌、腸チフス菌、パラチフス菌、サルモネラ	
	<input type="checkbox"/>	・赤痢菌、腸チフス菌、パラチフス菌、サルモネラ ・O157	
	<input type="checkbox"/>	・赤痢菌、腸チフス菌、パラチフス菌、サルモネラ ・O157、O26、O111	
	<input type="checkbox"/>	・ノロウイルス（抗原検査）	
	<input type="checkbox"/>	・ノロウイルス（リアルタイム PCR 法）	
ご質問等			

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わせください。



〒434-0023 静岡県浜松市浜北区高菌1068-1
TEL 053(584)1133 FAX 053(585)5055