

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。

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 ・腸管出血性大腸菌O157	
	<input type="checkbox"/>	・赤痢菌、腸チフス菌、パラチフス菌、サルモネラ ・腸管出血性大腸菌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。

ご不明な点は下記までお問い合わせください。



遠鉄食品検査センター

〒434-0023 静岡県浜松市浜名区高蘭1068-1

TEL:053(584)1133 FAX:053(585)5055