

検便試験（検査）依頼書

年 月 日

北海道稚内保健所長 様
 (北海道宗谷総合振興局保健環境部長)

依頼者 (〒 -)
 住所：

氏名：

担当者： (所属等：)
 (連絡先電話： - -)

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。
 記

1 試験（検査）種別

依頼する検査項目にチェック（☑）をし、依頼する件数（人数）と金額を記入して下さい。

※金額は令和4年（2022年）4月1日現在

種別・試験（検査）項目	単価※	件数	金額
細菌培養同定検査 <input type="checkbox"/> ：赤痢菌 <input type="checkbox"/> ：その他 <input type="checkbox"/> ：サルモネラ属菌 <input type="checkbox"/> ：腸管出血性大腸菌O157 <input type="checkbox"/> ：チフス菌 <input type="checkbox"/> ：パラチフスA菌	1,950 円		円
大腸菌ベロトキシン検出検査	1,940 円		円
寄生虫 <input type="checkbox"/> ：直接塗抹検査 <input type="checkbox"/> ：その他（ ）	280 円		円
	円		円
合 計			円

2 納入者（依頼者と異なる場合のみ、記入して下さい。）

(〒 -)

住所：

氏名：

(連絡先電話： - -)

3 区分・業種

依頼者区分	<input type="checkbox"/> ：官公庁 <input type="checkbox"/> ：市町村 <input type="checkbox"/> ：医療施設 <input type="checkbox"/> ：一般企業 <input type="checkbox"/> ：一般住民 <input type="checkbox"/> ：他（ ）
被験者業種	<input type="checkbox"/> ：食品取扱者 <input type="checkbox"/> ：調理従事者 <input type="checkbox"/> ：水道従事者 <input type="checkbox"/> ：学生 <input type="checkbox"/> ：他（ ）

4 被験者

太枠内（□）に検査を受ける方の氏名、年齢、採取日を記入して下さい。

番号	氏名	年齢	採取日	番号	氏名	年齢	採取日
1			/	11			/
2			/	12			/
3			/	13			/
4			/	14			/
5			/	15			/
6			/	16			/
7			/	17			/
8			/	18			/
9			/	19			/
10			/	20			/

※採取日が依頼書と検便容器ラベルで相違がある場合は、検便容器ラベルの日付に訂正します。