

各種事業所のお客様

検便検査依頼書

一般財団法人 沖縄県環境科学センター 殿
下記の通り検査を依頼します。

(新 規 ・ 一 般)

※太枠内をもれなくご記入下さい。

検査成績書は依頼書通りに作成いたしますので正確にご記入願います。

※取得した個人情報は当該目的にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	D-
受付年月日	平成 年 月 日
報告予定日	平成 年 月 日
報告書受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
F A X 連 絡	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 FAX番号は上記の記入欄へ

事業所名 (成績書宛名)		ご連絡担当者名	
住所		〒	TEL
			FAX
検査項目		<input type="checkbox"/> ※腸内細菌検査(検便)基本セット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ノロウイルス ~検査容器・料金が異なりますのでお問合せください~	
検査成績書	項目記載 (※のみ)	<input type="checkbox"/> 3項目(赤痢・0157・サルモネラ) <食品取扱従事者>	
		<input type="checkbox"/> 5項目(赤痢・0157・サルモネラ・腸チフス・パラチフスA) <食品取扱従事者・水道事業者等>	
		<input type="checkbox"/> その他(赤痢・サルモネラ・腸チフス・パラチフスA・腸管出血性大腸菌0157・026・0111)	
	様式	<input type="checkbox"/> 一覧表 <input type="checkbox"/> 個人表 <input type="checkbox"/> 所属ごとに分ける	
対象者名簿の有無		<input type="checkbox"/> 別紙添付有り(様式は問いません) <input type="checkbox"/> 無し	
試験時の指示事項あるいは要望事項			
依頼目的		検査結果	備考
<input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受領検体数		手数料	請求
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 検体 </div>		消費税	年 月 日
		合計	領収
			年 月 日
受入確認	搬入方法		備考
	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 宅配		
受付担当者	担当課受領者	証明書発行日及び引渡方法及び部数	受領印
		報告書(郵送・窓口・持参・担当)平成 年 月 日 部	

<担当課記載欄>

試験月日	部門	責任者	試験担当者	証明書作成	発行年月日
始 平成 年 月 日					平成 年 月 日
終 平成 年 月 日					

検便検査【対象者名簿】

★様式は、特に問いません。

対象者が確認できる名簿を、必ず検査依頼書に添付してください。

また、エクセル等のデータ形式で頂けると登録がスムーズです。ご協力お願い致します。

ご提出は、Eメールで kenben@okikanka.or.jp までお送りください。

太枠内に対象者氏名（漢字名）を正確にご記入ください。

No	氏名	所属 (記載希望のみ)	受領 確認欄	No	氏名	所属 (記載希望のみ)	受領 確認欄
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

各種事業所のお客様

検便検査依頼書【記入例】

一般財団法人 沖縄県環境科学センター 殿
下記の通り検査を依頼します。

(新 規 ・ 一 般)

※太枠内をもれなくご記入下さい。
検査成績書は依頼書通りに作成いたしますので正確にご記入願います。

※取得した個人情報は当該目的にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	D-
受付年月日	平成 年 月 日
報告予定日	平成 年 月 日
報告書受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送
F A X 連絡	<input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 FAX番号は上記の記入欄へ

事業所名 (成績書宛名)		ご連絡担当者名 沖縄県環境科学センター 環境 太郎	
住所		〒901-2111 沖縄県浦添市字経塚720番地	TEL 098-875-1941 FAX
検査項目		<input checked="" type="checkbox"/> ※腸内細菌検査(検便)基本セット <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ノロウイルス ~検査容器・料金が異なりますのでお問合せください~	
検査成績書	項目記載 (※のみ)	<input type="checkbox"/> 3項目(赤痢・0157・サルモネラ) <食品取扱従事者>	
		<input checked="" type="checkbox"/> 5項目(赤痢・0157・サルモネラ・腸チフス・パラチフスA) <食品取扱従事者・水道事業者等>	
		<input type="checkbox"/> その他(赤痢・サルモネラ・腸チフス・パラチフスA・腸管出血性大腸菌0157・026・0111)	
様式	<input checked="" type="checkbox"/> 一覧表 <input type="checkbox"/> 個人表 <input type="checkbox"/> 所属ごとに分ける		
対象者名簿の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 別紙添付有り(様式は問いません) <input type="checkbox"/> 無し	
試験時の指示事項あるいは要望事項			
依頼目的		検査結果	備考
<input type="checkbox"/> 定期検査 <input checked="" type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受領検体数		手数料	請求
検体		消費税	年 月 日
		合計	領収
			年 月 日
受入確認	搬入方法		備考
	<input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 宅配		
受付担当者	担当課受領者	証明書発行日及び引渡方法及び部数	受領印
		報告書(郵送・窓口・持参・担当)平成 年 月 日 部	

<担当課記載欄>

試験月日	部門	責任者	試験担当者	証明書作成	発行年月日
始 平成 年 月 日					平成 年 月 日
終 平成 年 月 日					

検便検査【対象者名簿】【記入例】

★様式は、特に問いません。

対象者が確認できる名簿を、必ず検査依頼書に添付してください。

また、エクセル等のデータ形式で頂けると登録がスムーズです。ご協力お願い致します。

ご提出は、Eメールで kenben@okikanka.or.jp までお送りください。

太枠内に対象者氏名（漢字名）を正確にご記入ください。

No	氏名	所属 (記載希望のみ)	受領 確認欄	No	氏名	所属 (記載希望のみ)	受領 確認欄
1	環境 一郎	〇〇部		16			
2	環境 二郎	●●部		17			
3	環境 花子	△△部		18			
4	検査を受ける方々の氏名を 漢字で正確に記入してくだ			19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			