

個人のお客様

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番号は下記の記入欄へ |

| | | | |
|---------------------|---|-----|-----|
| 依頼者名 (検査対象者) | 窓口受取り時の連絡先 | | |
| 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~ | | |
| 検査成績書の項目記載 (※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) | | |

試験時の指示事項あるいは要望事項

| | | | |
|---|-----|--|--------------|
| 依頼目的 <input type="checkbox"/> 入社時 <input type="checkbox"/> 提出用 <input type="checkbox"/> 水道事業体 <input type="checkbox"/> その他 () | 手数料 | | 請 求 |
| | 消費税 | | 年 月 日 |
| | 合 計 | | 領 収 年 月 日 |

| | | |
|--|------|----|
| 受領検体数 | 検査結果 | 備考 |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;">検体</div> | | |

| | | | |
|-------|--------|----------------------------|-----|
| 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 | | | | | |

個人のお客様

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 checked="" type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 |
| FAX連絡 | <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 FAX番号は下記の記入欄へ |

| | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| 依頼者名 (検査対象者) | 沖環 太郎 | 検査を受ける本人の氏名を | 窓口受取り時の連絡先 |
| 住所 | 〒901-2111 浦添市字経塚720番地 | 日中、ご連絡可能な 番号を記入して下さい。 | 090-****-**** TEL (098) 875-1941 FAX (098) 875-1943 |
| 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~ | | |
| 検査成績書の 項目記載 (※のみ) | <input checked="" type="checkbox"/> 3項目(赤痢・0157・サルモネラ属) (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) | | |
| 試験時の指示事項あるいは要望事項 | | | |
| <参考> 食品製造業・給食・保育・福祉施設の調理従事者 ⇒3項目 マネキン(実演販売)従事者 ⇒5項目 貯水槽清掃業者 ⇒5項目 | | | |

| | | | |
|------------------------------|---|-----|-------|
| 依頼目的 () | <input checked="" type="checkbox"/> 入社時 | 手数料 | 請求 |
| | <input type="checkbox"/> 提出用 | 消費税 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 水道事業体 | 合計 | 領 収 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | 年 月 日 |

| 受領検体数 | 検査結果 | 備考 |
|-------|------|----|
| 検体 | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|-------|--------|----------------------------|-----|
| 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 | | | | | |