

(株)環境分析研究所 検査依頼書(臨床検査課)

お客様情報 ※必須	施設名				様
	住所				
	電話		FAX		
検査ご依頼日	年		月		日
検査項目 ※必須	<input type="checkbox"/> 5項目 (赤痢菌 ・ 腸チフス ・ パラチフス ・ サルモネラ ・ 大腸菌O157)				
	<input type="checkbox"/> 5項目+O26				
	<input type="checkbox"/> 5項目+O26+O111				
	<input type="checkbox"/> 4項目 (赤痢菌 ・ 腸チフス ・ パラチフス ・ サルモネラ)				
	<input type="checkbox"/> 4項目+腸管出血性大腸菌				
	<input type="checkbox"/> ノロウイルス				
	<input type="checkbox"/> 便潜血反応				
	<input type="checkbox"/> 寄生虫卵				
	<input type="checkbox"/> 追加項目()				
受 検 者 名 ※必須					
No.		No.		No.	
No.		No.		No.	
No.		No.		No.	
No.		No.		No.	
No.		No.		No.	
備考	報告書宛名 ※施設名と異なる場合				
	請求先 ※施設名と異なる場合				
	ご連絡先 ※施設名と異なる場合				

※報告書への受験者名は順不同で明記致します。
 ※ご指定の明記順番がございましたら、別紙でご名簿のご提出または、依頼書内の受験者名左側へ番号をご記入ください。
 またお手数ではありますが、検体用袋の番号の欄へのご記入も合わせてお願い致します。

※必須の欄は、必ずご記入下さい。
 ※ご不明な点がございましたら、お問合せ下さい。

株式会社環境分析研究所
 福島県福島市東浜町22番2号
 Tel:024-535-0183
 Fax:024-536-5123

***** 以下、当社担当者記入 *****

送付事項

受領日: 年 月 日 担当者:

受付No.