

# 腸内細菌検査・ノロウイルス検査 依頼書

【※太枠内をご記入の上、依頼書と検体を一緒にご提出ください。】 No. \_\_\_\_\_

ご住所・連絡先・依頼者名（報告書の宛名になります）

〒

依頼者名

様

TEL :

FAX :

検査依頼日 年 月 日

検査受付日 年 月 日

検査項目（ご希望の検査にチェックを入れてください）

- 【3項目】赤痢菌・サルモネラ（腸チフス・パラチフス含）・0157
- 【5項目】赤痢菌・サルモネラ（腸チフス・パラチフス含）・0157・026・0111
- 【腸管出血性大腸菌】赤痢菌・サルモネラ（腸チフス・パラチフス含）・腸管出血性大腸菌（0157、026、0111を含む計50種の血清型）
- 【コレラセット】赤痢菌・サルモネラ（腸チフス・パラチフス含）・0157・コレラ
- 【黄ブセット】赤痢菌・サルモネラ（腸チフス・パラチフス含）・0157・黄色ブドウ球菌
- 【ノロウイルス】ノロウイルス遺伝子検査（RT-PCR）

検査を受ける方のお名前をご記入下さい。

No.	氏名	受付		氏名	受付
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

※ご依頼に関するお問い合わせは下記までご連絡下さい。

TEL : 0263-88-3911 環境未来株式会社 総合検査センター

環境未来株式会社 総合検査センター  
長野県衛生検査所登録82号  
長野県松本市和田4010-5