

対象者名簿兼依頼書

腸内細菌検査用(検便)

___ 枚目 / ___ 枚中

--	--	--	--	--	--	--	--

← 弊社コード記入欄

依頼日 年 月 日

貴社名		事業所名 <small>(店舗名等)</small>	
ご担当者	部署名	氏名	
TEL	()	FAX	()
備考 (住所等)	〒(-)		

依頼項目		セット名	検査内容
1	<input type="checkbox"/>	貴社専用ご契約セット	契約項目に準ずる
2	<input type="checkbox"/>	腸内細菌 5項目セット	赤痢菌・サルモネラ菌(チフス菌・パラチフスA菌を含む)・O157
3	<input type="checkbox"/>	腸内細菌 7項目セット	赤痢菌・サルモネラ菌(チフス菌・パラチフスA菌を含む)・O157・O26・O111
4	<input type="checkbox"/>	腸内細菌 EHEC重点セット	赤痢菌・サルモネラ菌(チフス菌・パラチフスA菌を含む)・腸管出血性大腸菌(EHEC)全種
5	<input type="checkbox"/>	その他	

検体確認	No.	対象者氏名	所属等	社員コード 貴社管理コード等	備 考 <small>項目の追加・取消・例外等をご記入下さい。</small>
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				

受領月日	受領担当者
月 日	