

# 対象者名簿兼依頼書

## 腸内細菌検査用(検便)

\_\_\_\_枚目 / \_\_\_\_枚中

依頼日            年            月            日

貴社名		事業所名 (店舗名等)	
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="radio"/> 貴社専用ご契約セット	契約項目に準ずる
2	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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 項目の追加・取消・例外等をご記入下さい。
	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	