

対象者名簿兼依頼書

ウイルス検査用(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		検査項目名	検査内容
1	<input type="checkbox"/>	ノロウイルス検査	リアルタイム RT-PCR法
2	<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 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	