

(宛先)高松市保健所長

### 試験検査依頼書

依頼年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

依頼者住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町△丁目△番△△号	TEL 〇〇〇-□□□-△△△△
依頼者氏名 〇〇会社 〔法人にあつては〕 代表取締役 〇〇 △△△ 〔名称及び代表者氏名〕	個人・事業所 (どちらかに○をしてください)

成績書記載住所・氏名 〔上記依頼者と異なる場合のみ〕 記入してください	住所 〒 氏名
---	------------

試験検査項目	1. 赤痢菌・サルモネラ菌	2. 腸管出血性大腸菌O157
	3. コレラ菌	4. チフス菌・パラチフスA菌
	5. その他( )	
(項目に○をしてください)	6. 蟯虫卵(セロファンテープ検肛法)	7. 寄生虫卵(セロファン厚層塗抹法)

番号	被検者氏名	備考
1	〇〇 △△△	
2	〇〇 △△	
3	〇〇 □□□	
4	□□ 〇〇〇	
5	□□ 〇〇	
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

太線の  の中の事項について記入してください。

検査使用料	円
来所・郵送・その他( )	