

(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		TEL 〇〇〇-□□□-△△△
〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕 〇〇市〇〇町△丁目△番△△号		
依頼者氏名 〇〇会社		
〔 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〕 代表取締役 〇〇 △△△		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	住所 〒	
〔 上記依頼者と異なる場合のみ記入してください 〕	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	
(項目に○をしてください)	5. その他 ()	
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 ()	