

(検便検査用)

臨床検査依頼書

郡山市保健所長

次のとおり試験検査を依頼します。

受付番号	
手数料	
受付担当者	

※太枠内について記入してください。

依頼日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
依頼者名 (事業所名)	ふりがな かぶしきがいしゃ〇×けんせつ 株式会社〇×建設		依頼者が個人の場合は「氏名」、 個人以外の場合は「事業所名」 をご記入ください。
成績書 郵送先	住所	〒 963-0000 郡山市△△-〇〇	
	宛名 (依頼者と異なる 場合に記入)	ふりがな 〇×けんせつこうじ きょうどうさぎょうしょ 〇×建設工事 共同作業所	
連絡先担当者名	ふりがな 〇×いちろう 工事担当 〇〇 一郎	連絡先 電話番号	(024) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
成績書受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来所	月	成績書様式について 連名：複数の被検者の結果が1通の成績書 にまとめて記載されます。 個別：被検者毎に1通ずつ成績書が発行さ れます。
成績書様式	<input type="checkbox"/> 連名 <input checked="" type="checkbox"/> 個別		
検査項目	<input checked="" type="checkbox"/> 赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属 <input checked="" type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 O157 <input type="checkbox"/> その他()		

番号	被検者氏名	検体採取日	細菌番号
1	郡山 一郎	5/7	
2	郡山 二郎	5/6	
3	郡山 三郎	5/7	
4	郡山 花子	5/6	
5	郡山 雪子	5/7	
6		/	
7		/	
8		/	
9		/	
10		/	

番号	被検者氏名	検体採取日	細菌番号
11		/	
12		/	
13		/	
14		/	
15		/	
16		/	
17		/	
18		/	
19		/	
20		/	