

腸内細菌検査依頼書

一般社団法人 広島市食品衛生協会
食品検査センター

下記検体の検査をお願いします。

受付年月日	
受付番号	

施設名 (個人の場合は氏名)	フリガナ		
住所	〒		
郵送先 (住所と異なる場合)	〒		
電話		F A X	
成績書受領方法	郵送・窓口・電話要・FAX要・至急		成績書必要部数 部
検体数量	支払方法		<input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 前納 <input type="checkbox"/> 後納
	料金		

検査項目(検査項目に☑をして下さい)

- 腸内細菌4項目(注) O157 腸管出血性大腸菌(注) 腸炎ビブリオ カンピロバクター
 コレラ 虫卵 ノロウイルス(BLEIA法) ノロウイルス(RT-PCR法)
 その他()

番号	氏名	性別	採取日	番号	氏名	性別	採取日

(注) 4項目：赤痢、チフス、パラチフス、サルモネラ 腸管出血性大腸菌：O157、O26、O111、O128 を含むベロ毒素産生の大腸菌

一般社団法人 広島市食品衛生協会 食品検査センター
(広島市保健所登録 第36811号)

〒730-0043 広島市中区富士見町11番27号2階
TEL (082) 542-8838
FAX (082) 249-2466

食品衛生



自主検査