

# 検査依頼書

受付日 年 月 日

事業所名

★証明書受取（窓口・郵送）

ご担当者氏名

住所 〒

TEL ( )

FAX ( )

ご請求先名

★支払方法（窓口・集金・振込）

ご請求先住所 〒

【検査内容】希望の項目に○を付けて下さい

- ① 赤痢菌 ・ サルモネラ菌 ・ 病原性大腸菌O157
- ② 赤痢菌 ・ サルモネラ菌
- ③ 赤痢菌 ・ サルモネラ菌 ・ 病原性大腸菌O157 ・ O26 等  
※尚サルモネラ菌にはチフス菌・パラチフス菌検査も含まます
- ④ ノロウイルス《リアルタイムPCR法》（ノロウイルス検査は別容器となります）
- ⑤ その他（寄生虫卵・ヒブリオ菌・コレラ菌 等）
- ⑥ COVID-19 PCR検査

★ 食品微生物検査・食品衛生検査も承っております。

【提出者氏名】提出予定人数 ( )人 提出予定日 月 日 ( )

1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30

その他、検査に関する指定、体調（嘔吐・下痢）等について連絡事項がある場合は備考欄へ記入願います。

【備考】

㈱中京臨床検査センター岐阜 TEL : 058-253-2611 FAX : 058-253-8597

E-mail info@chukyo-rinsho.co.jp