試 験 検 査 依 頼 書

 令和　　年 月 日

 北 海 道 倶 知 安 保 健 所 長　様

 　（北海道後志総合振興局保健環境部長）

 　　　　依頼者 （〒　　　-　　　　　）

 　　　　　　 　　　　　　　　住 所

 氏 名

 　　　　　　 (連絡先 ℡ 　 　- - ）

北海道保健所条例施行規則別表による次の試験検査を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  ＊　納入先が依頼者と異なる場合のみ記入納入先　（〒　　　- 　 ) 住 所 氏 名 （連絡先　℡　　　-　　-　　　　） |

＊実施項目に**○**をしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検 　査 　項　 目 | 単　価 | 件　数 | 金　額 |  |
| ・赤　痢　菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌O157・その他（　　　　　　　　　　　　） | １,９５０円 |  | 　　　　　 円 |
| ・回虫卵　　　　　　　　 　 | ２８０円 |  |  円 |
| 合　　　　　　計 |  |  | 　　　 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　　 名 | № | 氏　　　　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |