

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:

担当者:
(連絡先Tel: - -)

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。
記

1 納入者(依頼者と異なる場合のみ、記入して下さい。)

納入先 (〒 -)
住所:
氏名:
(連絡先Tel: - -)

2 試験検査種別

依頼する検査項目にチェック(☑)をして下さい。

種 別	試 験 検 査 項 目	件数
細菌培養同定検査	<input type="checkbox"/> : 赤痢菌	<input type="checkbox"/> : その他
	<input type="checkbox"/> : チフス菌	[]
	<input type="checkbox"/> : パラチフスA菌	
	<input type="checkbox"/> : サルモネラ属菌	
	<input type="checkbox"/> : 腸管出血性大腸菌 O157	
大腸菌ベロトキシン検出検査		
寄生虫 直接塗まつ検査	<input type="checkbox"/> : 回虫卵 <input type="checkbox"/> : その他()	

3 被験者

太枠内(□)に検査を受ける方の氏名等を記入して下さい。

番号	氏 名	番号	氏 名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

検査手数料は、北海道保健所条例施行規則により、1件あたり次のとおりです。

試 験 検 査 種 別	手数料金(単価)
細菌培養同定検査(一般培養のみの場合)	2,040円
細菌培養同定検査(血清抗体法による同定を併せて行った場合)	2,100円
大腸菌ベロトキシン検出検査	1,890円
寄生虫 直接塗まつ検査	280円