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	□：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〔　　〕	
大腸菌ベロトキシン検出検査		
寄生虫　直接塗まつ検査	□：回虫卵　□：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（検体採取日）		番号		氏　名（検体採取日）	
	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