検査所 受付番号	（ここは記入しないでください）

保菌検査(検便)依頼書

〒380-0872 長野市南長野聖徳545-3
（TEL）026-234-9001（FAX）026-234-5057

協会員以外の方は右□に✓してください。 □

長野市長登録検査所
食品衛生試験研究所長　宛

下記のとおり検査を依頼します。　　年　　月　　日

住所（〒　　－　　）	フリガナ 担当者名　　様
フリガナ	所属（部・課など）
依頼社(者)	TEL（　　）　　－ FAX（　　）　　－
営業等種別(該当する番号に○　1.飲食店営業　2. 製造業　3. 販売業　4.その他	組合名

番号	氏　名	年齢	性別	採便日	検査結果					
					サルモネラ(チフス・パラチフスA含む)	赤痢菌	O157			
1				/						
2				/						
3				/						
4				/						
5				/						
6				/						
7				/						
8				/						
9				/						
10				/						

※依頼項目の『○印』欄に○(マル)をしてください。　※単価は税抜金額です

○印	コード	試験項目	単価	実施人数(合計)
	1	サルモネラ、赤痢菌、O157【会員】	400	
	2	サルモネラ、赤痢菌、O157、O26、O111【会員】	500	
	3	サルモネラ、赤痢菌、O157	1,100	
	4	サルモネラ、赤痢菌、O157、O26、O111	1,100	

検査判定年月日　：

＊申し送り事項等があればご記入ください。

検査担当者

※検査担当者印のないものは検査結果書として無効です。

一般社団法人 長野県食品衛生協会
長野市長登録検査所
食品衛生試験研究所長