様式１

試 験 検 査 依 頼 書

 令和　　年 月 日

北海道帯広保健所長　様

（北海道十勝総合振興局保健環境部長）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者　 | 住 所（〒　　　－　　　　）　　　　　　　　　　（TEL　　　－　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （担当者:　　　　　　　　　　） |
| 納入者※ | 住 所（〒　　　－　　　　）　　　　　　　　　　（TEL　　　－　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者:　　　　　　　　　　） |

※納入者が依頼者と異なる場合のみ記入してください。

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。

依頼する検査項目に〇印を付けて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 細 菌 培 養 同 定 検 査 | 寄生虫(直接塗抹検査) |
| ・赤痢菌　　・サルモネラ属菌　　・チフス菌　　・パラチフスA菌　・腸管出血性大腸菌O157　　・（　　　　　　　　 　　　） | ・蛔虫卵・（　　 　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検 査 項 目 | 単　価 | 件　数 | 金　額 (円) |
| 細菌培養同定検査　　 | 1,950 | 　　　　 | 　　　　　　　　 |
| 寄生虫(直接塗抹検査) | 　280 | 　　　　 | 　　　　　　　　 |
|  |  | 　　　　 | 　　　　　　　　 |
| 合　 計 | 　　　　　　　　 |

納入方法に〇を付けて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 納入方法　 | ・後納　　・現金 |

検査対象者区分に〇印を付けて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | ・給食従事者　　・食品従事者　　・水道従事者　　・その他（　　　　　　　　　） |

被 検 査 者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 |  | № | 氏　　名 |
| １ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 11 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 12 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 13 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 14 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ５ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 15 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ６ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 16 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ７ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 17 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ８ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 18 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ９ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 19 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 10 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 20 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 |  | № | 氏　　名 |
| 21 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 61 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 22 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 62 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 23 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 63 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 24 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 64 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 25 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 65 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 26 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 66 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 27 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 67 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 28 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 68 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 29 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 69 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 30 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 70 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 31 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 71 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 32 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 72 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 33 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 73 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 34 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 74 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 35 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 75 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 36 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 76 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 37 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 77 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 38 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 78 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 39 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 79 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 40 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 80 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 41 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 81 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 42 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 82 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 43 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 83 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 44 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 84 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 45 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 85 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 46 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 86 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 47 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 87 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 48 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 88 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 49 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 89 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 50 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 90 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 51 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 91 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 52 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 92 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 53 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 93 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 54 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 94 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 55 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 95 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 56 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 96 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 57 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 97 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 58 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 98 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 59 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 99 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 60 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 100 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式３

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