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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |