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

氏 名
（連絡先 TEL　　－　　－　　）

北海道保健所条例施行規則別表による下記の試験検査を依頼します。

金　　円　　**（現金・後納）**

＊ 納入先が依頼者と異なる場合のみ記入
納入先　（〒　　－　　）
住 所

氏 名
（連絡先　TEL　　－　　－　　）

検 査 項 目	件 数	検 査 項 目	件 数
赤　痢　菌		寄 生 虫 卵	
サルモネラ(腸チフス・パラチフスA菌)			
腸管出血性大腸菌O157			

No.	氏　名	年齢	性 別	No.	氏　名	年齢	性 別
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女
			男・女				男・女