

# 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○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	2,040		
寄生虫(直接塗抹検査)	280		
合計			

納入方法に○を付けて下さい。

納入方法	・後納	・現金
------	-----	-----

検査対象者区分に○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

No.	氏名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

No.	氏名
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

## 様式 2

No.	氏 名
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	

No.	氏 名
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	



