

# 【腸内細菌検査申込書】

※検体を送付 / 持参される時は、こちらの検査申込書を必ず同封 / 持参して下さい。

申込受付日

申込受付者

コード No :

印

※太枠内をご記入下さい

施設名 (勤務先など)			
フリガナ			
氏名	様 (年齢: 才) 男・女		
緊急連絡先 <small>(必ず連絡できる電話番号をお書き下さい)</small>	① ( )	[ 会社・自宅・携帯電話 ]	
	② ( )	[ 会社・自宅・携帯電話 ]	
ご住所	〒 -		
検査項目 <small>(○をして下さい)</small>	* 3項目 [赤痢・サルモネラ(腸チフス・パラチフスA菌含)・腸管出血性大腸菌O157] * 2項目 [赤痢・サルモネラ(腸チフス・パラチフスA菌含)] * ノロウイルス※遺伝子検査法 [ 通常 ・ 特急(当日報告/特急料金6000円加算) ] * その他 [ ]		
<small>(検査のきっかけ) or (検査結果の用途)</small>			
採取日	年 月 日		
容器発送	有 ・ 無	郵送費	¥
検体提出	A : 来社 B : 郵送 (Bの場合返信用封筒を渡す事)	送料	¥
検査結果	A : 来社 B : 郵送 ( 返信用封筒 : 有 ・ 無 )	郵送費	¥
お支払い	未・済 (郵便振込・銀行振込)	@ × × 消費税5% = ¥	
合計	¥		
備考			
成績書引渡確認・署名欄 ※成績書引渡し時にご署名頂きます	_____		領収印 印

- 採り方説明書に従い、検体を正しく採取して下さい。採り方不十分で判定不能になることがあります。
- ノロウイルスの検査は、事前のご予約が必要です。
- お預かりした個人情報は、受託した検査以外には使用致しません。
- 検査結果は、検体到着後、概ね2～3日で出ます。ただし、検査項目・検査内容によっては日数がかかる事があります。



MHCL

衛生管理のトータルコンサルティング

株式会社町田予防衛生研究所

厚生労働省登録検査機関・登録衛生検査所  
食品検査/環境検査/衛生点検/腸内細菌検査/衛生講習 他

〒194-0013 東京都町田市原町田3-9-9 電話:042-725-2010 FAX:042-723-8265 http://www.mhcl.jp



JQA-QM6617