

<記入例>

ご依頼者のお名前又は社名、電話番号を記入してください。

試験検査依頼書

※太枠内をご記入ください

試料No.	N
受付No.	
受付日	年 月 日

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	----------------------------------------------------------------------

検査内容に係る担当者、または責任者の所属・氏名等を記入してください。原則として、所属ごとの担当者は一人としてください。

依頼者	住所	〒 500-8148 岐阜市曙町4-6				
	フリガナ	イッパンザイダンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンセンター				
	名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 様				
連絡担当者	所属	医薬食品課	氏名	公衛検 太郎	様	
	TEL	058-247-1302	FAX	058-248-0229		
依頼者 と異なる 場合	成績書 送付先	宛名	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所	様	
		住所	〒 500-0053 高山市昭和町2-100-10			
請求書 送付先	宛名	名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所 様			
		住所	〒			
請求書 送付先	宛名	名称	様			
		住所	〒			

成績書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

請求書の宛名・送付先が依頼者と異なる場合は記入してください。

郵送または来社欄にチェックしてください。来社の場合は成績書ができた時点で電話連絡します。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 来社 (<input checked="" type="checkbox"/> 電話連絡後 <input type="checkbox"/> 結果連絡後) <input type="checkbox"/> その他
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (月 日) <input type="checkbox"/> 結果出次第
	連絡先: <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail:
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 成績書受取時に支払) <input type="checkbox"/> 銀行振込

成績書受取前に速報が必要な場合は、必要にチェックして連絡方法を選んでください。検査項目や依頼状況によっては、ご希望に添えないこともありますが、お急ぎの場合など、目安とさせていただきます。

被験者区分、検査項目を選び、人数を()内に記載してください。

被験者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 食品従事者 <input type="checkbox"/> 給食従事者 <input type="checkbox"/> 水道従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査項目	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ属菌 () 名)
	<input checked="" type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌 (O157) (4) 名)
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌 (O157・O26) () 名)
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌 (O157・O26・O111) () 名)
	<input type="checkbox"/> その他 (腸チフス・パラチフス菌) () 名)
	<input type="checkbox"/> ノロウイルス(遺伝子検査) () 名)
	<input type="checkbox"/> ノロウイルス(抗原検査) () 名)

便を採られた方の氏名を記入してください。11名様以上の場合、2ページ目を印刷してご使用ください。

(センター記入欄)	No.	氏名	性別	年齢	採取月日	備考
	1	公衛検 一郎			月 日	
	2	公衛検 次郎			月 日	
	3	公衛検 三郎			月 日	
	4	公衛検 四郎			月 日	
	5				月 日	
	6				月 日	
	7				月 日	
	8				月 日	
	9				月 日	
	10				月 日	

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> クール宅配 <input type="checkbox"/> センター採取・収集 (/)				
検査料金	本体価格 円 総額 (税込) 円				
備考	依頼内容承認サイン				
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	結果連絡者	来社連絡者
-	-	-	-	-	-
(:)					

当財団の個人情報保護方針に基づき、検査・調査の事業及び運営管理に必要な範囲内で最小限の個人情報を取扱い、目的外の個人情報の利用はいたしません。

(一財)岐阜県公衆衛生検査センター TEL: 058-247-1300 FAX: 058-248-0229

注意事項

- 赤字がご記入していただく部分です。ご希望がない場合は“空欄”として下さい
- 分析用試料の取扱いについて、特に注意する点がある場合は受付時に申し出てください。