

腸内細菌依頼書

受付日 年 月 日

採取日時 年 月 日

施設名

担当者名

住所

結果の郵送 希望する・しない

電話番号

報告書枚数 1枚 2枚(枚)

FAX 番号

特記事項

該当検査項目を円で囲んでください

腸内細菌 3 菌 (赤痢・サルモネラ・0157)

腸内細菌 5 菌 (赤痢・サルモネラ・0157・026・0111)

【カタカナで氏名を記入してください】

検査室使用欄

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

受付 印

確認 印