

検 査 依 頼 書

依頼者	住所	(〒)
	氏名	

連絡先TEL

(令和 年 月 日受付)

受付 大阪府

保健所

検査項目	件数	検査目的
腸内細菌培養検査		赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
ぎょう虫卵検査 (セロファン法)		ぎょう虫卵

検体受理者名			
手数料		前納	無料
	領収日付印		

(対象区分：食品関係、水道関係、その他)

No.	氏名	年齢	検査結果	No.	氏名	年齢	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

※同じ方が同月中に同じ検査を2回以上依頼する場合には、番号に○印をつけて下さい。

検査成績書(案)

(〒)

住所

連絡先TEL

氏名

様

(令和 年 月 日受付)

大阪府

保健所長

検査項目	件数	検査目的
腸内細菌培養検査		赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
ぎょう虫卵検査 (セロファン法)		ぎょう虫卵

No.	氏名	年令	検査結果	No.	氏名	年令	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

番号に○印が有る場合 : 同月内に同じ検査を2回以上実施

検査成績書

(〒)

住所

連絡先TEL

氏名

様

(令和 年 月 日受付)

大阪府

保健所長

検査項目	件数	検査目的
腸内細菌培養検査		赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌(O157)
ぎょう虫卵検査 (セロファン法)		ぎょう虫卵

No.	氏名	年令	検査結果	No.	氏名	年令	検査結果
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

番号に○印が有る場合 : 同月内に同じ検査を2回以上実施

