

# 糞便検査依頼書

領収書番号	
-------	--

(西宮市保健所) 枚目/ 枚  
 問い合わせ先：0798 (26) 3680 食品衛生課 衛生検査チーム  
 詳しい内容は、西宮市のホームページでもご覧いただけます (『検便』で検索)

依頼日	年 月 日 ( )		
依頼者	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	( )	担当者 ( )
	結果等について、上記電話番号 (担当者) 宛に連絡することがあります。 該当するものに○をつけて下さい。 食品関係、 給食関係、 水道関係、 その他 ( )		
検査成績書	来所して直接受取る		※注 ○郵送希望の場合は <b>切手と封筒を受付時にお持ちください。</b> ○投函後の責任は一切負いかねますので、ご了承ください。 ○成績書のお届け日が郵便局の都合により遅れる場合があります。
	郵送を希望する ※注		
検査項目 (希望する検査項目に○をつけて下さい)		赤痢・チフス・パラチフス	【重要！】 便の採取量が少ないと、正確な検査ができません。 成績書の結果は『判定不能』と表記されます。 適切な採取は、便に2～3回つきさす、または便周辺に回転させながらこすりつけてください。
		0157	
		サルモネラ	
	備考 ( )		

検体No. この欄は記入しないで下さい。	No	フリガナ 被検者名 ※この名称にて成績書を発行します。	検体採取日
	1		月 日
	2		月 日
	3		月 日
	4		月 日
	5		月 日
	6		月 日
	7		月 日
	8		月 日
	9		月 日
	10		月 日

受付検体数		検体
手数料	計算	円× 検体
	合計	円

担当者印	領収印