

<FAX (052)935-6670>

株式会社 中京臨床検査センター
名古屋市東区豊前町2-21-3
<TEL (052)935-3000>

検査依頼書

顧客コードNo.

依頼日	年 月 日	
依頼者名(請求先名)	様	
請求先名 (依頼者名と違う場合)	様	
容器等送付先住所	〒	
電話番号	() ー	
FAX番号	() ー	
担当者名	様	
提出回数	1. 【定期】 月に 回提出	
	2. 【今回のみ】(報告書: / 迄に必要)	
検査項目 (番号に○をつけて下さい)	1. 赤痢菌 2. サルモネラ菌(チフス菌・パラチフス菌含む) 3. 大腸菌O157 4. 大腸菌O26 5. 大腸菌O111 6. 腸炎ビブリオ菌 7. その他の検査()	
提出方法	回収 ・ 郵送	
備考欄 ・提出される方のお名前が 少人数の場合この欄にご記 入ください。 ・人数が11人以上場合は弊 社から空メールを送信いた しますので、アドレスを記入 してください。	1	6
	2	7
	3	8
	4	9
	5	10
	メールアドレス @	
特記事項		
弊社使用欄		