

※はがさずに2枚提出してください。

②

検査依頼書 (検査センター控)

(あて先)

一般社団法人

埼玉県食品衛生協会検査センター

※埼食協検 第

号

住所 〒
宛名
様

連絡先	()
担当者氏名	課係

保菌検査 (腸チフス菌、パラチフス菌、赤痢菌、サルモネラ、腸管出血性大腸菌(O157)) を依頼します。

(※印欄は記入しないこと)

番号	氏名	性別	※備考	番号	氏名	性別	※備考
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
0				0			

※備考

検査人数 名

※受付月日		※決定月日	
-------	--	-------	--