

検査依頼書 (検査センター控)

(宛先)
 一般社団法人
 埼玉県食品衛生協会検査センター

埼玉協検第 号

住所 〒
宛名 様

連絡先 (TEL)	()
担当者 所属 氏名	課係

※太線内のみ記入してください。

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

番号	氏名	備考	番号	氏名	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

※依頼書に記載された情報及び検査結果は、依頼者の同意なしに他者に提供することはありません。

受付年月日		決定年月日	
-------	--	-------	--