

検査依頼書

(宛先)

一般社団法人

埼玉県食品衛生協会検査センター

埼玉食協検 第

号

住所 〒	(連絡先・担当者)
	電話 ()
	携帯 ()
宛名 様	FAX ()
	E-mail

※ 太線内のみを記入してください。

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			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

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	
-------	--	-------	--