

腸内細菌検査(検便)申込書



株式会社静環検査センター 行

見本

TEL 054-634-1000(代)

ご依頼者	学校名	静環大学	電話番号	054-634-1000
	所属	食品衛生学部	(携帯番号)	090-0000-1111
	ご担当者	静環 太郎	FAX番号	054-637-1251
	E-mail	eisei@seikankensa.co.jp		
	ご住所	〒426-0041 静岡県藤枝市高柳2310		
報告書宛名	☒ 依頼者と同じ ☐ 別 名 (			
送 付 先	☐ 依頼者と同じ ☒ 別住所 (静岡県静岡市駿河区西脇610-3			
検体発送日	令和 2 年 10 月 15 日		検体数	300 検体

通常検便 ※選択	☒ 5項目	赤痢菌・サルモネラ菌・O-157・O-26・O-111
	☐ 3項目	赤痢菌・サルモネラ菌・O-157

※サルモネラ菌(腸チフス・パラチフスA菌含む)

成績書発行形式 ※選択	☒ 一括
	☐ 団体(クラス)別

学園祭予定日	令和 2 年 11 月 2 日
--------	-----------------

採便資材到着希望日	令和 2 年 10 月 1 日
-----------	-----------------

※申込書、名簿をお送りいただいた後に、採便資材を郵送致します。

当申込書、名簿は下記メールアドレスに送信願います。(MS-excel形式 別紙参照)

shokuei@seikankensa.co.jp

※検体ご提出の際は、バーコード付きの検体袋に入れ、必ず依頼書を添付してください。

又、未使用の容器につきましては、検体と分別の上、ご返送をお願い致します。

お問い合わせ先 :
株式会社静環検査センター 本社
〒426-0041 静岡県藤枝市高柳2310
Tel 054-634-1000(代) Fax 054-637-1251(直)

株式会社静環検査センター記入欄
