

# 一般検便 受付書

BN

受付日      年    月    日

貴社名			
ふりがな			
氏名			
ご住所	〒		
電話番号		E-mail	

検査項目	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腸チフス・パラチフスを表記する
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O157 <input type="checkbox"/> O26 <input type="checkbox"/> O111
	<input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> 腸炎ビブリオ <input type="checkbox"/> 寄生虫卵

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 来社 (      日頃)
追加発行	枚 (追加料金 / 110円)	

業種	<input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 水道関連 <input type="checkbox"/> 大量調理施設 <input type="checkbox"/> その他 (      )
----	--

※個人のお客様は、お支払い方法が現金のみとなります。

弊社記入欄	
<input type="checkbox"/> 返信用切手 84 円	金額 (税込) <span style="float: right;">円</span>

備考欄	
-----	--

受取時間	:	窓口担当	
検査日	年    月    日	(印)	
発行日	年    月    日		