

一般検便 受付書

BN

受付日 年 月 日

貴社名	株式会社 名古屋衛生細菌技術センター		
ふりがな	えいせい さいきん		
氏名	衛生 細菌		
ご住所	〒 464-0850		
	愛知県名古屋市千種区今池5-18-11		
電話番号	052-999-9999	E-mail	XXXXXXXXXXXXXX

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

成績書受取方法	<input checked="" 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 checked="" 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) 円

備考欄	
------------	--

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