

# 一般検便 受付書

BN

受付日      年    月    日

<b>貴社名</b>			
<b>ご住所</b>	〒		
<b>電話番号</b>		<b>E-mail</b>	

	氏 名	ふりがな
1		
2		
3		
4		
5		

<b>検査項目</b>	<input 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 type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌 ↳ <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		

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

<b>検査目的</b>			
-------------	--	--	--

<b>お支払方法</b>	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 請求書	<input type="checkbox"/> 返信用切手 84 円	金額 (税込)      円
--------------	---	-------------------------------------	----------------

<b>個別発行</b>	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
<b>備考欄</b>	

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