

# 一般検便 受付書

BN
----

受付日      年    月    日

貴社名			
ご住所	〒		
電話番号		E-mail	

	氏 名		氏 名
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

検査項目	<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			

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）	

検査目的	
------	--

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

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

受取時間	:	窓口担当	
検査日	年    月    日	⑩	
発行日	年    月    日		