

一般検便 受付書

BN

受付日 年 月 日

貴社名			
電話番号		E-mail	

	氏 名		氏 名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

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
-------------	---

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

受取時間	:	窓口担当	
検査日		年	
発行日		年	