

検査依頼書(窓口)

依頼日 令和 年 月 日

依頼検体数 件

社名/依頼者名

〒

住所

TEL:


FAX:

依頼項目	セット名	価格	検査内容
	4菌種セット	¥250	赤痢菌・チフス菌・パラチフスA菌・サルモネラ属菌
	O-157セット	¥500	4菌種セット + O-157
	EHECセット	¥550	4菌種セット + O-26・O-111・O-128・O-157
	病大セット	¥600	4菌種セット + 病原性大腸菌(O-157を含む)
	その他		

受検者名簿

NO.	部署	氏名	性別	NO.	部署	氏名	性別
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

必要事項を確認しながら☑チェックして下さい

- 検査依頼書は記入しましたか？(社名又は依頼者名・住所・TEL・検査項目・受検者名)
- 検査料金は入れましたか？(差額が生じないようお願い致します)
- 検査報告書を送る際に使用する返信用封筒は入れましたか？(切手貼付110円～・住所氏名記入済のもの)
- 採取した検体は入れましたか？(郵便で送付していただく場合は検体数・厚さ・重さにより※**140円以上の切手**を貼って下さい)
※切手代金につきましては、日本郵政HPをご確認お願い致します 日本郵政HP → 
- 確認が終わりましたら、検査依頼書(この用紙)を同封して下さい

2024年10月より
郵便料金が改定になりました。
切手代金を日本郵政HP
でご確認お願いします。

ALSOKエムビック研究所 株式会社

登録衛生検査所[福保医安登第242号]

〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5

TEL:042-330-8830 FAX:042-330-8831