

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
	病犬セット	¥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でご確認願いま
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]

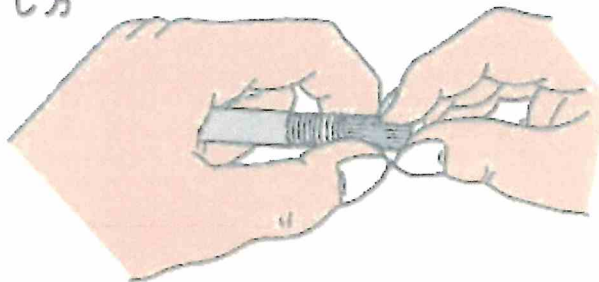
〒183-0035 東京都府中市四谷5丁目2726-5

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

正しい大便のとり方

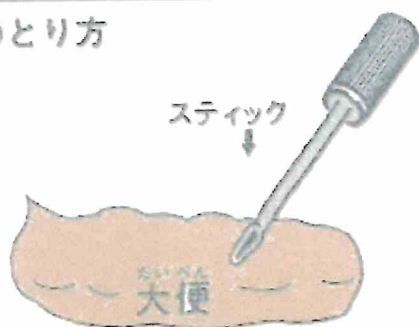
- ▲なるべく新しい大便をとって下さい。
- ▲容器の中のゼリー状の培地は捨てないで下さい。
- ▲ラベルに氏名などを記入して下さい。

① キャップのはずし方



中指と薬指で本体を持ち、親指でキャップを静かにずらしながら、一方の手でゆっくりキャップを引きぬく。

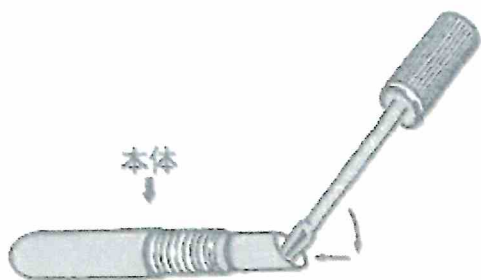
② 便のとり方



便の表面にスティックの先端部を2〜3回つきさし、穴の部分に便が埋まる程度採取します。

※ 下痢便のときも同様に必ず穴の部分に便を入れてください。

③ キャップの差し込み方



スティックを斜め上より本体に差し込み、パチンと音がするまで押し込む。

検体送付先 **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