

ノロウイルス検査(検便)のお知らせ

尼崎市食品衛生協会では、食中毒予防年間事業の一環として
下記の日程でノロウイルス集団検便を実施します。

完全郵送方式で申し込み作業が、簡単になりました。

食品業務に従事している方は、できるだけ受けるようにしてください。

1、費用(基本的には、振込みですが、当協会での現金受付も可能です)

	会員非会員	人数	通常
冬季11月初旬～2月末	会員	1～2名	3200円
		3名以上	2900円
	非会員	すべて	4200円

(検査料・容器代・郵送料込み) 注:ただし、振込み料については、御社負担でお願い致します

①依頼書記入後ファックス(郵送でも可能)

ファックス確認後、協会より請求書がファックスで送られてきます

②ノロウイルス検便費用を協会指定口座に振り込み(協会での現金支払いも可能)

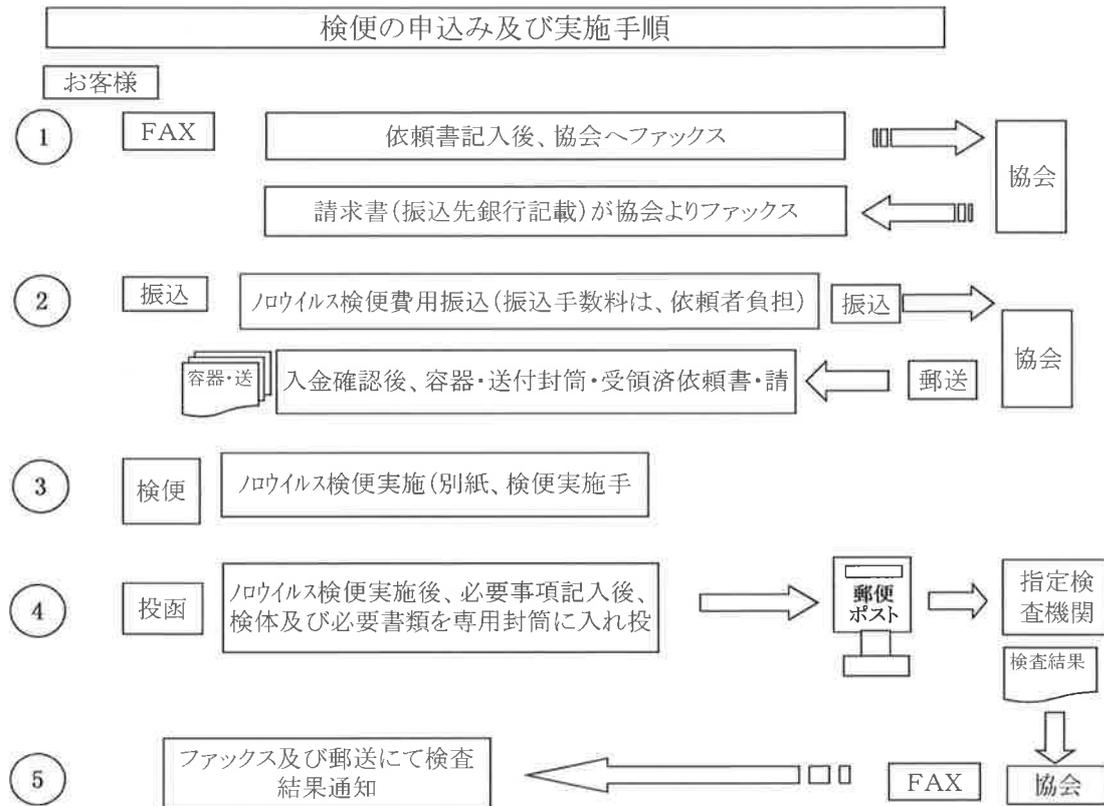
入金確認後、協会より、容器、送付封筒、受領済依頼書及び請求書原本が送られてきます

③検便実施

④検体及び必要書類を専用封筒に入れポストに投函

下記の「検便の申込み及び実施手順」参照

3、実施期間 11月1日 ～ 2月末日



注:検査結果については、指定検査機関到着後、約1週間日必要です。

お急ぎのお客様は、事前に当協会まで御連絡ください。尚、その場合別途費用が掛かる場合があります。

尼崎市食品衛生協会

〒660-0052 尼崎市七松町1丁目3-1-502フェスタ立花南館(尼崎市保健所内)

電話 06-6412-1089 ファクス 06-6412-1022

ノロウイルス検便依頼書記入手順

(下記の  部分に記入し、郵送又はファクスしてください)

検便依頼書(尼崎市食品衛生協会)

検査内容

1.赤痢菌・サルモネラ菌(腸チフス菌・パラチフス菌を含む)

2.腸管出血性大腸菌(O157等)

3.コレラ菌

4.病原性大腸菌

5.ノロウイルス

整理No

会社名

食品衛生株式会社

依頼年月日

平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇日

住所

〒 - 尼崎市

電話

06-6411-1111

ファクス

06-6411-2222

検査結果を↓

担当者名

田中一郎

検査結果書類

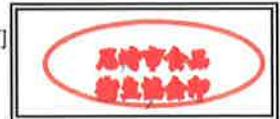
要 ・ 不要

ファクス ・ 郵送

No	氏名	役職	性別	年齢(才)	備考
1	山田太郎	課長	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	45	
2			男 ・ 女		
3			男 ・ 女		
4			男 ・ 女		
5			男 ・ 女		
6			男 ・ 女		
7			男 ・ 女		
8			男 ・ 女		
9			男 ・ 女		
10					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

尼崎市食品衛生協会

協会受領印



〒660-0052 尼崎市七松町1丁目3-1-502フェスタ立花南館(尼崎市保健所内)

電話 06-6412-1089

ファクス 06-6412-1022

ノロウイルス検便依頼書(尼崎市食品衛生協会)

検査内容

1.赤痢菌・サルモネラ菌(腸チフス菌・パラチフス菌を含む)

2.腸管出血性大腸菌(O157等)

3.コレラ菌

4.病原性大腸菌

⑤ノロウイルス

整理No

会社名

依頼年月日

平成 年 月 日

住所

電話

ファックス

検査結果を↓

担当者名

検査結果書類

要・不要

ファックス・郵送

No	氏名	役職	性別	年齢(才)	備考
1			男・女	才	
2			男・女	才	
3			男・女	才	
4			男・女	才	
5			男・女	才	
6			男・女	才	
7			男・女	才	
8			男・女	才	
9			男・女	才	
10			男・女	才	
11			男・女	才	
12			男・女	才	
13			男・女	才	
14			男・女	才	
15			男・女	才	
16			男・女	才	
17			男・女	才	
18			男・女	才	
19			男・女	才	
20			男・女	才	
21			男・女	才	
22			男・女	才	
23			男・女	才	
24			男・女	才	
25			男・女	才	
26			男・女	才	
27			男・女	才	
28			男・女	才	
29			男・女	才	
30			男・女	才	

尼崎市食品衛生協会

協会受領印

〒660-0052 尼崎市七松町1丁目3-1-502フェスタ立花南館(尼崎市保健所内)

電話 06-6412-1089

ファクス 06-6412-1022