

自主検便のお知らせ

尼崎市食品衛生協会では、食中毒予防事業の一環として

下記の日程で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 | イベント (8月・12月のみ) | 随時受付 |
|-------|------|--------------------|------|
| 会員 | 3名以上 | 380 | 420 |
| | 1～2名 | 420 | 500 |
| 非会員 | すべて | 700 | 800 |

(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)

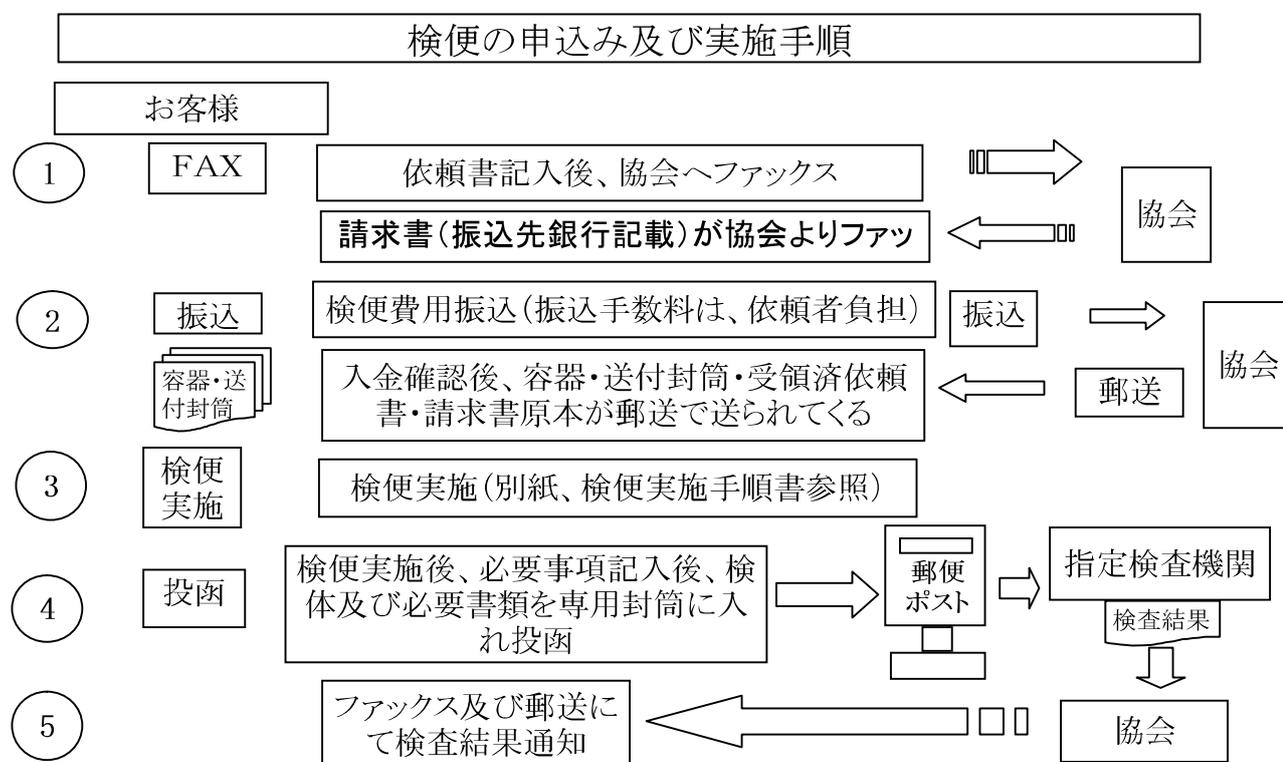
入金確認後、協会より、容器、送付封筒、受領済依頼書及び請求書原本が送られてきます

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

2、検便の申込み及び実施手順



注:検査結果については、指定検査機関到着後、1週間～10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

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)

| | | | | | |
|------|---|------|------------------------------|----------|----|
| 整理No | ☺ | 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. |

☺ 会社名 ☺ 依頼年月日

☺ 住所 〒 - 尼崎市.....

☺ 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 | 山田太郎 | 課長 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 45 | |
| 2 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 3 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 4 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 5 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 6 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 7 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 8 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 9 | | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | | |
| 10 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |

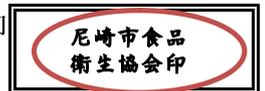
尼崎市食品衛生協会

〒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

協会受領印



検便依頼書(尼崎市食品衛生協会)

整理No

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. |

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

〒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

協会受領印

