

# 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

5.ノロウイルス

整理 No

会社名

依頼年月日

令和 年 月 日

住所

電話

FAX番号

担当者名

検査結果報告

FAX・郵送・不要

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