

腸内細菌検査 実施者名簿記入用紙
※新規・追加・変更の際には、必ずご提出ください！

※太枠内は、必ずご記入ください！

ご記入日	月	日
------	---	---

■実施施設およびキット送付先

会社名				会員No.	
部署名	役職名		担当者名		
所在地	〒				
TEL	FAX		E-mail		

■キット送付ご希望日 (至急対応が必要な際にご記入ください。)

月	日	()	まで
---	---	-----	----

■結果報告ご希望日 (至急対応が必要な際にご記入ください。)

月	日	()	まで
---	---	-----	----

■検査項目一覧 (該当する項目を☑して下さい。)

<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査5項目: 赤痢、サルモネラ、O157、チフス、パラチフス
<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査5項目(EHEC): 赤痢、サルモネラ、EHEC(O157/O11/O26)、チフス、パラチフス
<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査3項目: 赤痢、サルモネラ、O157
<input type="checkbox"/> 腸内細菌検査3項目(EHEC): 赤痢、サルモネラ、EHEC(O157/O11/O26)
<input type="checkbox"/> その他 ()

■実施者一覧

No.	氏名	No.	氏名	No.	氏名
1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	

■連絡事項 (その他ご要望をお書きください。)

	<送付先> (株)スズカ未来 マイラボ食品検査センター 〒513-0836 三重県鈴鹿市国府町7756番地5 TEL:059-379-0077 FAX:059-367-7610
--	--