

**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
--	--