JFE東日本ジーエス株式会社
食品衛生調査センター　宛　FAX 044－333－1655

検査申込書(腸内細菌検査用)

貴社名												
貴部署名 (事業所名・施設名等)												
ご住所	〒											
TEL												
FAX												
ご担当者 (フルネーム)												
E－mail												
報告書の メール・FAX希望	□ ファックス　□ メール(PDF添付)　□ 希望しない											
検査キット送付先	※上記と異なる場合にご記入ください											
報告書送付先	※上記と異なる場合にご記入ください											
ご請求先	※上記と異なる場合にご記入ください											
検査項目	A	サルモネラ菌、腸チフス菌、パラチフス菌、赤痢菌										
	B	A(上記4菌種)＋腸管出血性大腸菌O－157										
	C	上記以外の検査項目も希望する (　　)										
検体数(人数)												
検査月/回数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ご質問、ご要望がございましたらこちらにご記入ください												

FAX 044－333－1655

JFE東日本ジーエス株式会社　食品衛生調査センター

ファックスのご利用が出来ない方は、044-328-2788までお電話ください