

FAX送付先 (083) 922-6552

山口県学校保健予防会 宛

微生物検査申込書

申込年月日	平成	年	月	日	担当者名	
施設名						
所在地	〒		電話	()	
希望検査項目 (で囲む)	赤痢菌 サルモネラ属菌 腸管出血性大腸菌 (O - 2 6 O - 1 1 1 O - 1 5 7)					
実施頻度	回 / 月			回 / 年		
希望実施時期	毎月第	月	・ 火	・ 水	曜日	月、 月、 月
検査人数		人	検査開始年月日	平成	年	月 日
予 防 会 記 載 欄	検査料金		円	得意先コード		
	回収方法	回収	送付 (郵送	・ 宅配) 持参
	請求頻度	1ヶ月ごと	2ヶ月ごと	3ヶ月ごと	その都度	
	支払い方法	銀行振込み		郵便振込み		現金
	用具発送	発送数	セット	月 日発送	送料請求の有無	有 無
	備考					

※1 太枠内について記載ください。

※2 検査日はあらかじめ調整させていただきますのでご了承ください。

※3 検査用具は検査日が決まり次第事前に送付させていただきます。