

病原菌保菌検査検体提出者名簿

所在地 (住所)	〒	電話 ()			
施設名 (氏名)				担当者	
提出年月日	平成 年 月 日	検査項目	赤痢菌 O-111	サルモネラ属菌 O-157	O-26
NO	受付番号	氏名	性別	年齢	検査結果(備考)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※ 太枠内のみ記入してください。一般財団法人 山口県学校保健予防会 (083-922-6551)