

拭取り(アレルゲン)検査依頼書

受付日 年 月 日

※必須項目

※採取日時	年 月 日	※担当者	
※検体提出日	年 月 日	※拭取り綿棒	本
※事業所名		部署名	
※住所	〒	※TEL	
		FAX	
備考			

No.	検査場所(部屋名など)	※検査対象物	※必要な項目にチェックをつけて下さい							
			卵	乳	小麦	そば	落花生	甲殻類	大豆	ごま
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

その他連絡事項