

顧客情報・名簿登録書（腸内細菌検査）

※ 必須項目

依頼者	※所在地	〒		
	※貴社名			
	※担当者		(部署名)	
	※連絡先	TEL	FAX	
	年間実施回数	回/年		

検査項目	件数	検査目的	
※腸内細菌検査		セットA	赤痢・サルモネラ（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157）
		セットB	赤痢・サルモネラ（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157・O26・O111）
		セットC	赤痢・サルモネラ（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157・O26・O111・O128）
		セットD	赤痢・サルモネラ（腸チフス、パラチフス含む）病原性大腸菌50種（O157・O26・O111・O128含む）

※ 検査名簿

NO	氏名	性別	生年月日	NO	氏名	性別	生年月日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

顧客情報・名簿登録書（腸内細菌検査）

※ 必須項目

依頼者	※所在地	〒 123-4567 〇〇県〇〇市・・・		
	※貴社名	(株)〇〇食品		
	※担当者	昭和 太郎	(部署名)	営業
	※連絡先	TEL ××××-××-××××	FAX	××××-××-××××
	年間実施回数	12	回/年	

検査項目	件数	検査目的	
※腸内細菌検査	13	セットA	赤痢・サルモネラ・（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157）
		セットB	赤痢・サルモネラ・（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157・O26・O111）
		セットC	赤痢・サルモネラ・（腸チフス、パラチフス含む）・病原性大腸菌（O157・O26・O111・O128）
		セットD	赤痢・サルモネラ・（腸チフス、パラチフス含む）病原性大腸菌50種（O157・O26・O111・O128含む）

※ 検査名簿

NO	氏名	性別	生年月日	NO	氏名	性別	生年月日
1	〇〇 〇〇	男	1969.10.05	16			
2	〇〇 〇〇	女	1975.04.15	17			
3	〇〇 〇〇	女	1960.09.23	18			
4	〇〇 〇〇	男	1980.11.12	19			
5	〇〇 〇〇	男	1981.03.26	20			
6	〇〇 〇〇	男	1960.12.08	21			
7	〇〇 〇〇	女	1969.12.20	22			
8	〇〇 〇〇	男	1995.06.30	23			
9	〇〇 〇〇	女	1992.03.18	24			
10	〇〇 〇〇	女	1990.10.23	25			
11	〇〇 〇〇	男	1989.01.29	26			
12	〇〇 〇〇	女	1985.07.21	27			
13	〇〇 〇〇	女	1992.07.08	28			
14				29			
15				30			