

<記入例>

試験検査依頼書

※太枠内についてご記入下さい。

試料番号	N		
受注CD			
受付年月日	年	月	日
完了年月日	年	月	日

ご依頼者の名前又は社名、電話番号を記入して下さい。

見積書No.	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 No.
--------	--

検査内容に係る担当者、または責任者の所属・氏名等を記入して下さい。原則として所属毎の担当者は、一人として下さい。

住所	〒 500-8148 岐阜市曙町4-6					
フリガナ	イッパンザイダンホウジンギフケンコウシュウエイセイケンセンター					
名称・屋号	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター					様
連絡担当者	所属	理化学分析課		氏名	公衛検 一郎 様	
	TEL	058-247-1302	FAX	058-248-0229	E-mail	お持ちであればご記入ください

成績書の宛名が依頼者と異なる場合は記入して下さい。依頼者と同じ場合は口欄にチェックして下さい。

※成績書宛名・請求書宛名・各送付先が、上記と異なる場合はご記入下さい。

郵送または来社欄にチェックして下さい。来社の場合は、成績書ができた時点で電話連絡します。

宛名・送付先	成績書宛名	住所	〒 506-0053 高山市昭和町2-100-10			様
		名称	一般財団法人岐阜県公衆衛生検査センター 飛騨支所			様
	請求書宛名	住所	〒			様
		名称				様
成績書送付先	住所	〒			様	
	名称				様	
請求書送付先	住所	〒			様	
	名称				様	

検査料金の請求先、請求書送付先が、依頼者名と異なる場合は記入して下さい。

郵送の場合、郵送先が依頼者または成績書の宛名と異なる場合は記入して下さい。同じ場合は空欄でかまいません。

成績書受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> ご来社	完了電話連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	連絡者	年 月 日	印
支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (<input type="checkbox"/> 受付時お支払済 <input type="checkbox"/> 未納)	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> その他			
希望納期	年 月 日					
結果連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (<input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail :)					押印

検査項目や依頼状況によっては、ご希望に添えないこともあります。お急ぎの場合など、目安とさせていただきますので記入して下さい。

結果速報の連絡が必要な場合は、連絡方法とあわせて口欄にチェックして下さい。なお、電子メールでご希望の方は電子メールアドレスをお書きください。

被験者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 食品従事者 <input type="checkbox"/> 給食従事者 <input type="checkbox"/> 水道従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査項目	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ () 名
	<input checked="" type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157) (5) 名
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157・0-26) () 名
	<input type="checkbox"/> 赤痢菌・サルモネラ・腸管出血性大腸菌 (0-157・0-26・0-111) () 名
	<input type="checkbox"/> その他 (腸チフス・パラチフス) () 名
<input checked="" type="checkbox"/> ノロウイルス(遺伝子検査) (5) 名 <input type="checkbox"/> ノロウイルス(抗原検査) () 名	

検査項目を選び、人数を()内に記載してください。

(センター記入欄)	No.	氏名	性別	年齢	採取月日	備考
	1	公衛検 一郎			月 日	
	2	公衛検 次郎			月 日	
	3	公衛検 三郎			月 日	
	4	公衛検 四郎			月 日	
	5				月 日	
	6				月 日	
	7				月 日	
	8				月 日	

便を採られた方の氏名を記入してください。
9名様以上の場合は、2ページ目も印刷して、ご使用ください。

搬入方法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> クール宅配 <input type="checkbox"/> センター採取・収集者 ()
------	--

検査料金	本体価格	円	総額 (税込)	円	依頼内容承認(サイン)
備考					※ご記入内容・検査料金
受入確認者	入力者	受注金額確認者	入力内容確認者	計量管理者 技術管理責任者	サンプリング
(:)					月 日

当財団の個人情報保護方針に基づき、検査・調査の事業及び運営管理に必要な範囲内で最小限の個人情報を提供し、目的外の個人情報の利用はいたしません。
(一財)岐阜県公衆衛生検査センター行 TEL: 058-247-1304 FAX: 058-248-0229

- 注意事項！！**
- 赤字がご記入していただく部分です。ご希望がない場合は“空欄”として下さい
 - 持ち込まれた試料容器又は分析用試料の返却を希望される場合は受付時に申し出てください。なお、返却品を郵送する場合は着払いとさせていただきます。
 - 分析用試料の取扱いについて、特に注意する点がある場合は受付時に申し出てください。
 - 成績書等の受け渡し方法を「来社」とされた場合は、電話により完了連絡を致します。なお、予定来社日を超えても来社されない場合は、郵送とさせていただきます。

(センター記入欄)	No.	氏 名	性別	年齢	採取月日	備 考
	9				月 日	
	10				月 日	
	11				月 日	
	12				月 日	
	13				月 日	
	14				月 日	
	15				月 日	
	16				月 日	
	17				月 日	
	18				月 日	
	19				月 日	
	20				月 日	
	21				月 日	
	22				月 日	
	23				月 日	
	24				月 日	
	25				月 日	
	26				月 日	
	27				月 日	
	28				月 日	
	29				月 日	
	30				月 日	
	31				月 日	
	32				月 日	
	33				月 日	
	34				月 日	
	35				月 日	
	36				月 日	
	37				月 日	
	38				月 日	
	39				月 日	
	40				月 日	