**検 便 検 査 申 込 書**

受付日 令和 年 月　日

検体番号

受領者

◎　お申し込みされる方について

１．団体で申込まれる方（※名簿一覧も一緒にご提出ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 様 |
| 代表者名 | 様 |
| ご住所 | （〒　　　　- 　　　　） |
| お電話番号 |  |

２．個人で申込まれる方

|  |  |
| --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  お名前 | 様　　　　　　性別　　男　**・**　女  　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日 |
| ご住所 | （〒　　　　–　　　　　） |
| お電話番号 |  |

◎　検査内容について

|  |  |
| --- | --- |
| 検 査 項 目 | 単価　　　　　　人数　　　　　料金 |
| 1.赤痢･ｻﾙﾓﾈﾗ(腸ﾁﾌｽ菌等) | 円 × 　　　 ＝　 円  　　　　　　　　　　　＝　　　円 |
| 2.赤痢･ｻﾙﾓﾈﾗ(腸ﾁﾌｽ菌等)+Ｏ157 | 円 × 　　　 ＝　 円  　　　　　　　　　　　＝　　　円 |
| 3.ノロウィルス抗原定性 | 円 × 　　　 ＝　 円  　　　　　　　　　　　＝　　　円 |

◎　検査結果のお受け取り方法

・松阪市健診センター窓口（電話連絡　要　／　不要）　　電話希望時間（　　　　　　　　　　　　　　）

・郵送希望（別途、郵送代が必要となります）

◎　お支払方法

・請求書振込（請求書名「　　　　　　　　　　　　」）

◎　受付　松阪市健診センター　ぴーす

　　　　 　TEL 0598-23-7563（代）

月曜日から金曜日　午前9時から16時まで

　　　　　　　※結果のお問い合わせはご遠慮ください。

領収　　済　／　未