

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

(フリガナ) 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
2. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)+O157	円 ×		= 円
3. ノロウィルス抗原定性	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 ピーす

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

検便検査申込書

記入例

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	松阪市健診センター 様
代表者名	松阪 太郎 様
ご住所	(〒 515 - 0073) 松阪市殿町 1550 番地
お電話番号	0598-23-7563

2. 個人で申込まれる方

(フリガナ) お名前	マツサカ タロウ 様 松阪 太郎 性別 <u>男</u> ・ 女 生年月日 平成 1 年 1 月 1 日
ご住所	(〒 515 - 0073) 松阪市殿町 1550 番地
お電話番号	0598-23-7563

◎ 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)	660 円	× 1	= 660 円
2. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)+O157	1,380 円	× 2	= 2,760 円
3. ノロウィルス抗原定性	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「 松阪市健診センター 」）

◎ 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

〒515-0073 三重県松阪市殿町 1550 番地
松阪地区医師会臨床検査センター TEL0598-23-7535（代）