

電算

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. 団体に申込まれる方 (※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

- ・ 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

- ・ 現金 (検体提出時お支払い)

◎ 受付時間 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

電算

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. 団体に申込まれる方 (※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	マツガカ タロウ 松阪 太郎	様	性別	男	・ 女
ご住所	(〒 515 - 0073 ) 松阪市殿町 1550 番地		生年月日	平成1年 1月 1日	
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
4. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)	660 円 ×	1	= 660 円
5. 赤痢・サルモネラ(腸チフス菌等)+O157	1,380 円 ×	2	= 2,760 円
6. ノロウイルス抗原定性	円 ×		= 円

◎ 検査結果のお受け取り方

- ・ 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

- ・ 現金 (検体提出時お支払い)

◎ 受付時間 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  
 松阪市健診センター ピーす TEL0598-23-7563 (代)