

事業団記入欄	
食協区分：	1 会員 2 会員外 3 会員外 (取扱外)
団体区分：	1 食品取扱者 2 給食従事者 3 水道従事者 4 児童・生徒 5 腸内その他 6 その他
食協支部：	1 宇 2 鹿 3 今 4 真 5 烏 6 小 7 栃 8 大 9 矢 10 足 11 佐
回収窓口：	事業団窓口 岡本窓口 食協支部
団体コード 1	団体コード 2

受付窓口記入欄 (各支部・窓口で記入してください)						
会員	会員外	学校給食	児童生徒	学校給食	水道	施設
受 付		前 納		後 納		

<Do not write in the space above >

## 腸内細菌検査依頼書

公益財団法人栃木県保健衛生事業団理事長様

令和 年 月 日  
reiwa year month day  
 ※太線(—)の中を必ずご記入ください  
 ※Please be fill in the blanks.

<b>申込者名</b> Applicant	団体名 (Organization Name)	担当者氏名 Name in charge
	結果報告書郵送先 Mailing address for the Results	
Please fill it out correctly. Don't forget your zip code and phone	名前 Name	電話番号 Phone number
	住所 Address 〒	
	店舗名 Store name	
The above is <u>◎Your home address(自宅)</u> or <u>◎Your store's address(店舗)</u> . ※Please circle one of them. (自宅・店舗いずれかに○をつけてください)		

腸内細菌検査を次のとおり依頼いたします  
 Ask for inspection as follows

依頼検査項目 Inspection item	依頼件数 Number
赤痢菌・サルモネラ菌 (チフス菌・パラチフスA菌) Shigella・Salmonella (Typhi・Paratyphi A) 腸管出血性大腸菌 (O157・O26・O111・その他) Enterohemorrhagic E.coli (O157・O26・O111・Others all)	件

所属コード

	所属又は店舗名 Department or store name	お名前 Name
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Please write the names of the people to be inspected.

事業団記入欄									
食協区分:	1 会員	2 会員外	3 会員外	(取扱外)					
団体区分:	1 食品取扱者	2 給食従事者	3 水道従事者						
	4 児童・生徒	5 腸内その他	6 その他						
食協支部:	1 宇	2 鹿	3 今	4 真	5 烏	6 小	7 栃		
	8 大	9 矢	10 足	11 佐					
回収窓口:	事業団窓口		岡本窓口		食協支部				
団体コード 1				団体コード 2					

受付窓口記入欄 (各支部・窓口で記入してください)						
会員	会員外	学校給食	児童生徒	学校給食	水道	施設
受 付		前 納		後 納		

この部分  
は記入  
しない  
で  
くだ  
さい。

<※検査を受ける皆様へ ここから上は記入しないでください

## 腸内細菌検査依頼書

令和 年 月 日

公益財団法人栃木県保健衛生事業団理事長様

※太線(一)の中を必ずご記入ください

お間違いのないよ うにご記入願います。	<b>申込者名</b>	団体名 (または店舗名・個人名)	担当者氏名
	<b>結果報告書郵送先</b>	お名前 ※下記住所が店舗の場合店舗名記入	電話番号
		住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (マンション名等、正確に明記してください。)	
		屋号・代表者名 <span style="float: right;">様方 宛て</span>	
上記住所・・・ <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> ※いずれかに○をつけてください。			

※ご注意：正しくご記入されない場合、結果が届かないことがあります。

腸内細菌検査を次のとおり依頼いたします。

依頼検査項目		依頼件数	所属コード
腸内細菌検査	赤痢菌・サルモネラ菌 (チフス菌・パラチフスA菌を含む) 腸管出血性大腸菌 (O157・O26・O111・その他)	件	

番号	所属・店舗	氏名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ご注意 ●ラベルは縦(たて)に貼ってください。(裏面をご参照ください。) ●住所・郵便番号・電話番号は正しく記入してください。 ●検査項目は上記のとおり赤痢菌・サルモネラ菌・腸管出血性大腸菌のみとなります。