

② 検便/尿・ぎょう虫検査登録書

太枠内を記入または☑を入れ、メールしてください。⇒メールアドレス: trs@mhcl.co.jp
 なお、受領した個人情報は検査とそれに付随する業務以外の目的には使用しません。

日付:

●印は当社記入欄です。

フリガナ		ご担当者確認印	お客様コード
会社名			当社記入欄

定期的に検査をする 今回のみ検査をする	検査をする月に受検者人数を記入して下さい ()月より開始													
便(腸内細菌)検査項目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
3項目 赤痢菌・サルモネラ(チフス菌 パラチフスA菌含)・腸管出血性大腸 菌(O157、O26、O111、O128等) ●単価(1検体)【 】円(税別)	1回目	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	2回目	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
ノロウイルス RT-PCR法(便) ●単価(1検体)【 】円(税別)	月 人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
検便の提出予定日に チェック☑してください。 おおよその予定で結構です。		1回目: 1日~10日			11日~20日			21日~末日						
		2回検査するときの 2回目: 1日~10日			11日~20日			21日~末日						
その他 検査項目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
便検査項目【 】 ●単価(1検体)【 】円(税別)	月 人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
尿検査(回収)	月頃	人					ぎょう虫検査			月頃				人
●単価(1検体)尿【 】円(税別) ぎょう虫【 】円(税別) ※尿・ぎょう虫検査は後日当社から日程をご案内いたします。														

《緊急報告先》 便検査による陽性判定が出た場合第一報を電話連絡します。

①の方に連絡が取れないとき②の方に連絡します。 ※必ず連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

フリガナ 担当者名	電話番号(市外局番から記入)	休日等連絡先(携帯電話可)
①		
②		

《容器の送付先》 送付先(検査実施箇所)が複数あるときはメールにてお送りください。⇒trs@mhcl.co.jp

検査をする 現場所在地	施設 名称		担当 者名	
	住所	〒		TEL:

容器 送付先	上記現場	本部	
-----------	------	----	--

《受験者名簿》 電子メールにてお送りください。 メール送信先: trs@mhcl.co.jp