

腸内細菌検査対象者名簿

《標準フォーマット》

一般財団法人石川県予防医学協会 業務部 集配グループ行

FAX：076-269-4663

メール：chonaisaikin@yobouigaku.jp

★メールは2回目以降のやり取り時に使用可能となります。

結果や請求を分けたい等、必要な場合のみご使用ください。

検査項目	<input type="checkbox"/>	①赤痢・サルモネラ
	<input type="checkbox"/>	②赤痢・サルモネラ・腸管出血性大腸菌
	<input type="checkbox"/>	③腸管出血性大腸菌
	<input type="checkbox"/>	④ノロウイルス（リアルタイムPCR法）
	<input type="checkbox"/>	⑤その他 ★備考欄に項目を記載してください

No.	団体名	※所属 (必要時のみ)	氏名（フリガナ不要） (例：予防 太郎)	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				