腸管系病原菌検査依頼書

平成　　年　　月　　日

（財）東京都予防医学協会　殿

〒162-8402　東京都新宿区市谷砂土原町1-2
電話 03(3269)1125　FAX 03(3269)3321

依頼者	住所 名称	〒□□□-□□□□
	電話	（　　）　　－　　FAX（　　）　　－
	担当者	
依頼項目 ご依頼の項目に○を付けて下さい		・赤痢菌、サルモネラ属菌（含、チフス菌、パラチフス菌） ・腸管出血性大腸菌（O 157） ・腸管出血性大腸菌（O 26、O 111） ・その他（　　）
検体数		
備考		