

腸内細菌検査及びノロウイルス検査依頼書

施 設 名 ※個人依頼は省略可			
--------------------	--	--	--

フリガナ		性 別	年 齢	採 取 日 時
氏 名		男・女	歳	年 月 日
				午前・午後 :

検査依頼項目

検体種類：便

いずれかに○	検 査 項 目	検 査 内 容	単価 (税込)
	腸内細菌検査 3項目セット	赤痢、サルモネラ(チフス・パラチフスを含む)、 腸管出血性大腸菌O157	880円
	腸内細菌検査 5項目セット	赤痢、サルモネラ(チフス・パラチフスを含む)、 腸管出血性大腸菌O157、O26、O111	1,320円
	ノロウイルス検査	ノロウイルス (PCR法)	4,950円



国産薬品工業株式会社

エーケン事業部

登録衛生検査所 登録番号 第213401号

〒501-1182

岐阜県岐阜市秋沢370-2

TEL:058-293-9055

FAX:058-293-9058

E-mail : kokuyaku@ccom.or.jp