

腸内細菌検査（検便）個人申込書（再検査用）

今回の検査結果から経過観察（再度の検便検査）を実施される場合は、こちらの申込書に必要事項をご記入いただき採便検体と同封の上、すみやかにご提出ください。

送付先 〒983-0034

宮城県仙台市宮城野区扇町2丁目3-36

株式会社 日本微生物研究所

TEL : 022-783-8471 FAX : 022-783-8433

※検体をお送り頂く際の送料は、お客様のご負担となります。

【再検査実施検査項目】 ※検査項目を必ず○で囲んでください。

（ 赤痢菌 ・ サルモネラ ・ 腸管出血性大腸菌 ） の検査を依頼します。

送付日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お客様名： \_\_\_\_\_

部署名： \_\_\_\_\_

受検者名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

----- 以下、弊社使用欄 -----

◎至急検体扱い      ◎検査結果確定後連絡