

(公社)香川県食品衛生協会 集団検便申込書

ご希望の検査地区・検査項目にシ点のうえ必要事項をご記入後、希望地区へ郵送またはFAX、窓口にてお申込みください。

検査地区				検査項目				
<input type="checkbox"/> 東讃 <input type="checkbox"/> 小豆 <input type="checkbox"/> 高松 <input type="checkbox"/> 中讃 <input type="checkbox"/> 西讃				<input type="checkbox"/> 細菌検査 (赤痢・サルモネラ・腸管出血大腸菌のベロ毒素産生性)				
実施月				<申込日>				
第_____回 _____月				令和_____年_____月_____日				
申込者				お申込み・お問合せ				
氏名又は施設名				<input type="checkbox"/> 東讃 Tel/Fax 0879-42-3123				
住所(〒)				<input type="checkbox"/> 小豆 Tel/Fax 0879-62-2471				
TEL				<input type="checkbox"/> 高松 Tel 087-861-1813 Fax 087-861-1833				
FAX				<input type="checkbox"/> 中讃 Tel 0877-58-2775 Fax 0877-58-2776				
メールアドレス				<input type="checkbox"/> 西讃 Tel 0875-25-5116 Fax 0875-25-6432				
ご担当者名								
見本 ※楷書でご記入ください				検査結果		申込者数		
1	フリガナ	カガワ	タロウ	1	通		計	名
	氏名	香川	太郎					
1	フリガナ			6	フリガナ			
	氏名				氏名			
2	フリガナ			7	フリガナ			
	氏名				氏名			
3	フリガナ			8	フリガナ			
	氏名				氏名			
4	フリガナ			9	フリガナ			
	氏名				氏名			
5	フリガナ			10	フリガナ			
	氏名				氏名			

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。