

(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・検査項目にレ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 住所 (〒 _____) TEL _____ FAX _____ メールアドレス _____ ご担当者名 _____				<input type="checkbox"/> 東讃 TEL/Fax 0879-42-3123 <input type="checkbox"/> 小豆 TEL 0879-62-2471 Fax 0879-62-8471 <input type="checkbox"/> 高松 TEL 087-861-1813 Fax 087-861-1833 <input type="checkbox"/> 中讃 TEL 0877-58-2775 Fax 0877-58-2776 <input type="checkbox"/> 西讃 TEL 0875-25-5116 Fax 0875-23-6515			
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			
	氏名						
2	フリガナ			7			
	氏名						
3	フリガナ			8			
	氏名						
4	フリガナ			9			
	氏名						
5	フリガナ			10			
	氏名						

※用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。