

受付番号	受付年月日	発送方法		検査担当	
	年 月 日	郵送	手交		
<h1>検査依頼書</h1>					
奈良県保健研究センター所長 殿				年 月 日	
依頼者住所：〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
奈良県		市郡	町村	番地	
依頼者氏名：					
電話番号：() - () - ()					
搬入者氏名：					
* 依頼者が法人にあつては、事業所の住所及び法人名を記載してください。					
次のとおり検査を依頼します。					
検体名及び検体数			検査項目		
条 例 事 項	一	食 品 検 査	1 2 3 4 5 6 7 8	(一)(二)(三)	
	二	水 質 検 査	1 4	(一)(二)(三)	
	五	細 菌 検 査			
	六	血 清 検 査			
	七	ウ イ ル ス 検 査			
	八	臨 床 病 理 検 査			
	九	衛 生 害 虫 検 査			
	十	その他の試験又は検査			
	十一	試験検査証明書の発行			
	採取年月日： 年 月 日				
	検査手数料： ¥				収 受 印
	備考				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<small>※ 検査成績書を郵送で希望される場合：普通郵便は、郵便紛失が起きた場合の補償がありません。 なお、検査成績書の再発行は手数料(1通 1,250円)がかかります。</small>					