

# 拭取り(アレルゲン)検査依頼書

受付日 年 月 日

※必須項目

※採取日時	年 月 日	※担当者	
※検体提出日	年 月 日	※拭取り綿棒	本
※事業所名		部署名	
※住所	〒	※TEL	
		FAX	
備考			

No.	検査場所(部屋名など)	※検査対象物	※必要な項目にチェックをつけて下さい						
			卵	乳	小麦	そば	落花生	甲殻類	大豆
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

その他連絡事項

--