令和６年度細菌培養同定検査
及び寄生虫卵検査について

次のとおり受付を行いますのでお知らせします。

１　検 査 項 目：細菌培養同定検査（赤痢菌、サルモネラ属菌、チフス菌、パラチフスＡ菌、腸管出血性大腸菌Ｏ１５７）
寄生虫卵検査（回虫卵）

２　検査手数料：細菌培養同定検査　１，９５０円
寄生虫卵検査　　　　　２８０円

３　受 付 時 間：午前８時４５分～午後２時

４　検 査 日 程

４月	８日（月）、１５日（月）	１０月	７日（月）、２１日（月）
５月	１３日（月）、２０日（月）	１１月	１１日（月）、１８日（月）
６月	３日（月）、１０日（月）	１２月	２日（月）、　９日（月）
７月	１日（月）、　８日（月）	１月	２０日（月）、２７日（月）
８月	５日（月）、１９日（月）	２月	３日（月）、１７日（月）
９月	２日（月）、　９日（月）	３月	３日（月）、１０日（月）

５　備　　　考：　その他の日程・検査項目を希望される場合はお問い合せください。

便は親指大くらい採取して下さい。便の量が少ない場合、検査が出来なくなる場合がありますので、ご了承願います。

連絡先
北海道上川保健所
試験検査課　生物検査係
ＴＥＬ　０１６６－７３－５９３４
ＦＡＸ　０１６６－４６－５２６２