

様式第 1 (第 6 条関係)

ピロリ菌検査申込書 (同意書)

年 月 日

(宛先) 小牧市長

私、____中学校の 2 年 組 _____ は、「中学 2 年生ピロリ菌検査のお知らせ」の記載内容を理解し、保護者の同意の上、当検査を受けることを、

() 申し込みます。 () 申し込みません。

※上記のいずれかに必ず○印をご記入ください。

※お申し込みされる方は次の欄にご記入ください。

本人氏名 (自筆)			
生年月日	年	月	日
保護者氏名 (自筆)		続柄	
住所 ※結果はご記入 いただいた住 所に送付いた します。	〒		
電話番号			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

[記入例]

黒のボールペンでご記入ください

申込書を記載した日をご記入ください。
※未記入の場合は回収日で受付します

様式第1 (第1楽園保)

ピロリ菌検査申込書 (同意書)

学年・組・本人の氏名 (フルネーム) をご記入ください。

令和5年 7月 21日

(宛先) 小牧市長

私、北里 中学校の **2年1組小牧 花子** は、「中学2年生ピロリ菌検査のお知らせ」の記載内容を理解し、保護者の同意の上、当検査を受けることを、

申し込みます。 申し込みません。

※上記のいずれかに必ず○印をご記入ください。

※お申し込みされる方は次の欄にご記入ください。

「同意し申し込みます」「申し込みません」のいずれかに○をご記入ください。

本人氏名 (自筆)	小牧 花子		
生年月日	平成20年	10月	20日
保護者氏名 (自筆)	小牧 和子	続柄	母
住所 ※結果はご記入いただいた住所に送付いたします。	〒485-8650 小牧市堀の内3丁目1番地		
電話番号	0568-72-2101		

検査を希望される場合は、氏名・生年月日・保護者氏名・住所・電話番号を必ずご記入ください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4と