

幽门螺杆菌检查申请书

中国語

令和 年 月 日

请务必圈选以下任一选项：需要或不需要。

实施幽门螺杆菌检查 **希望** · **不希望**（在任一选项上画圈）

学校名等	中学校 3年 组 号		
学生名 出生日期	平成 年 月 日生		
邮编 地址	〒 -	※这是邮递检查结果使用的信息，请将地址填写完整。需具体到门牌号、房间号。	
家长名	様		
电话号码	※手机号等能取得联系的号码		

◇请将此申请装入**提交用信封并封口后交给学校**。

◇幽门螺杆菌通过**学校尿检实施检查（免费）**

（注）此申请书没有提交的情况下，将不能接受幽门螺杆菌检查，敬请注意。

※检查结果将在大约四周后邮递到个人家中。

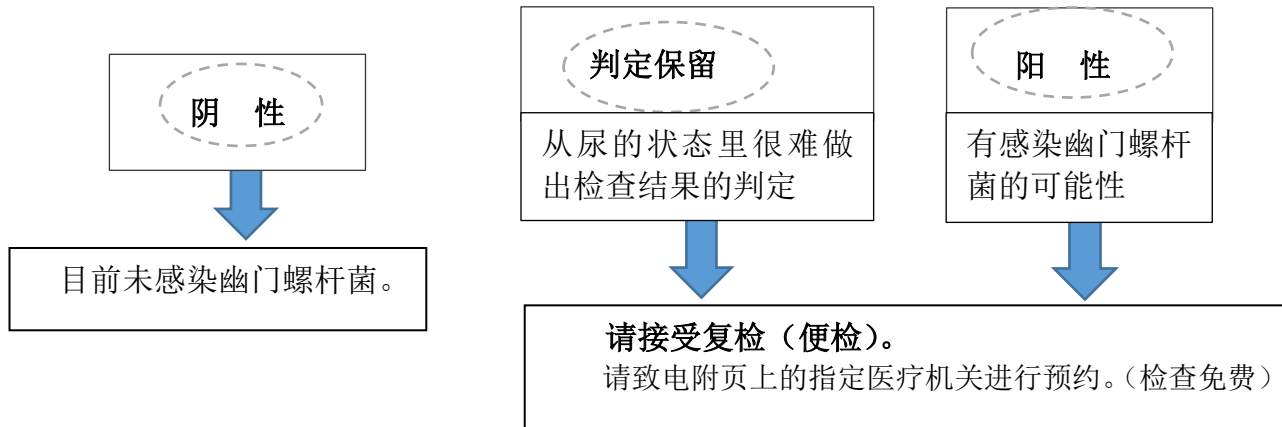
此事业在实施之际将会把必要信息提供给检察机关，请予以知悉。

填写粗框中的内容。

※下面的项目请不要填写

幽门螺杆菌检查结果
（检查的结果为画圈处内容）

检查实施日 2025年4月至6月



2025

〈咨询处〉 四日市市役所 儿童和家庭中心 妇幼保健第1科・第2科

TEL 059-354-8187

FAX 059-354-8061