

中学生ピロリ菌検査希望調査書（同意書）

本調査の期限は **令和4年9月28(水)まで** です。  
 検査希望の有無に関わらず同封の返信用封筒を必ずご投函ください。

阿南市長 様

私は、阿南市が実施する中学生ピロリ菌検査（尿検査）について

- 目的や方法について同意の上、検査を申し込みます。
- 検査を申し込みません。
- ※どちらかにチェックをしてください。☑

（以下、保護者の方が記入してください。）

	記入年月日	令和 4 年 月 日
生徒	学校名・学年・組	( ) 中学校 3年 ( ) 組
	フリガナ 生徒氏名	
	生年月日	平成 年 月 日
	性別	男 ・ 女
	郵便番号	〒 -
	住所	
	※保護者様宛に検査結果を郵送します。受け取り可能な住所をご記入ください。	
保護者	保護者氏名	(印)
	電話番号	( ) -