

ボールペンで記入してください。

ピロリ菌検査申込書兼同意書

ピロリ検査用の尿を提出する日を記入

令和 8 年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長

私は、「中学生ピロリ菌検査のお知らせ」の記載内容を理解し、保護者同意の上、下記のとおり当検査を申し込みます。

※次の欄に必要事項をご記入ください。

同意の上、チェックをお願いします。
チェックがない場合は、受理できません。

下記個人情報の取扱いについて同意します。

なお、提供いただいた個人情報は業務連絡・本人確認・検査に利用するものとし、それ以外の用途で利用することはありません。

提出する方は必ず記入してください。

本人氏名	鈴鹿 太郎
生年月日	平成 24 年 4 月 2 日
保護者氏名	鈴鹿 花子
住所	〒 5 1 3 - 0 8 0 9 鈴鹿市西条五丁目 1 1 8 番地の 3
電話番号	0 5 9 - 3 8 2 - 9 2 9 1

※日中つながりやすい電話番号をご記入ください。

※ピロリ菌検査を希望しない方は提出不要です。