

Formulario de solicitud y consentimiento para la prueba de Helicobacter pylori

Reiwa 7年^{año} 月^{mes} 日^{día}

(A la) Alcaldesa

He comprendido el contenido del aviso sobre la prueba de Helicobacter pylori para estudiantes de secundaria, y con el consentimiento de mis padres

() deseo realizarlo () no deseo realizarlo

※Marque un círculo sin falta

※Rellene los datos necesarios

Nombre del alumno (de puño y	
Fecha de nacimiento	año mes día
Nombre del responsable (de puño y	
Dirección	〒 Suzuka-shi
Teléfono	

※Escriba un número al que podamos contactarle durante el día