

ピロリ菌検査申込書

※太枠内をすべてご記入ください。記入漏れがありましたら検査を受けられません。再度ご確認ください。

令和	年	月	日	必ずどちらかに丸を付けてください			
ピロリ菌検査を		() 希望する		() 希望しない			
学校名等	中学校			3年	組	席	
生徒氏名	ふりがな ()						
生年月日				年	月	日 生	
郵便番号	〒 -			検査結果は、左記のご住所、保護者様宛にお送りいたします。郵便物が届くようご記入ください。ますようお願いいたします。			
住所							
保護者名				様			
電話番号	※お電話をさせていただくことがあります。						
	※携帯電話など必ず連絡がとれる番号をご記入ください						

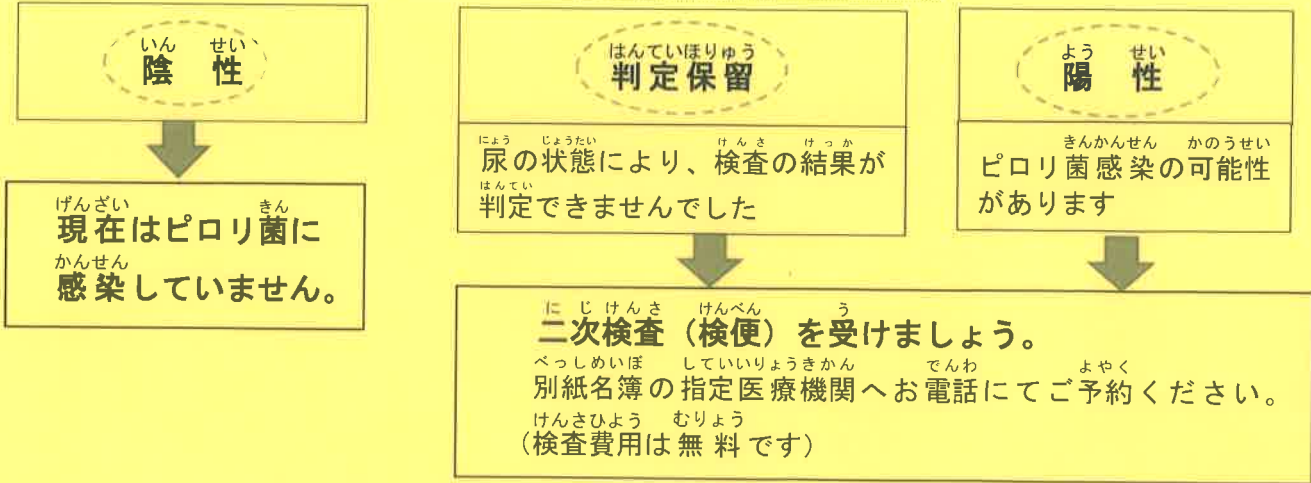
- ◇上記太枠内を全てご記入いただき、この用紙を、提出用封筒に入れて封をし、学校に提出してください。
(こども家庭センターから直接この用紙をお送りした場合は、この用紙をこども家庭センターにご返送ください)
- ◇ピロリ菌検査は学校の検尿を利用して行います(無料)(学校検尿の対象外の人は、別の案内をしています)
- (注) 太枠内すべてご記入いただいた申込書の提出がないと、ピロリ菌検査を受けることができませんのでご注意ください。

※検査の結果は、およそ4週間後にご自宅へ郵送されます。
本事業を実施するために必要な情報を検査機関へ提供いたしますのでご了承下さい。

※以下には何も記入しないでください

2026年4~6月 実施

ピロリ菌検査結果票 (検査の結果は○印のとおりです)



2026

〈お問い合わせ先〉

四日市市役所 四日市市役所こども家庭センター (母子保健第1係・第2係)
TEL 059-354-8187 FAX 059-354-8061