

Si el resultado del análisis de orina es 「Positivo y Resultado Pendiente」 traiga este formulario y realice el 2do análisis de orina (Prueba de heces) en una institución médica designada. Reciba el contenedor de recolección de heces en la institución médica y entréguelo en una fecha posterior.

【Nota】 Puede realizar la prueba de forma gratuita hasta el 31 de Marzo del Año R7(2025)

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE SANSHI FORMULARIO DE SOLICITUD DEL 2DO ANALISIS PRUEBA DE HECES DE HELICOBACTER PYLORI

三 泗 中 学 生 ピ ロ リ 菌 二 次 検 査 (便 検 査) 申 込 書

Solicito el 2do análisis (Prueba de heces) de Helicobacter Pylori.

令和 R 年 AÑO 月 MES 日 DIA

※ Complete dentro del cuadrado.

NOMBRE DEL 本人の TITULAR 名前	FECHA DE 生年 NACIMIENTO 月日	HEISEI 平成	AÑO 年	MES 月	DIA 日生
DIRECCION 住所	TELEFONO 電話番号	POR FAVOR ESCRIBA UN NUMERO QUE PUEDA CONTESTAR DE INMEDIATO ※携帯番号など、必ずつながる番号をお願いします。			
NOMBRE DEL 保護者の APODERADO 名前					

《 A todas las Instituciones Médicas 》

- Córtele y entrégue la parte inferior a su apoderado y dígame que lo lleve consigo cuando presente la prueba de heces. Además, consulte muy bien con su apoderado la fecha programada para la presentación de la prueba de heces.

⇒ FECHA PROGRAMADA DE LA PRESENTACION DE HECES
検 便 提 出 予 定 日 : R 年 月 日

- Para quienes no hayan entregado la prueba de heces, les pediremos entrar en contacto vía telefónica 2 veces en aproximadamente 2 meses y si no la presentan, por favor contacte y envíe a la sección a cargo de su municipio con una factura y esté formulario. (※ Para aquellos que viven fuera de la Ciudad de Yokkaichi, Mie gun, envíelo a la Ciudad de Yokkaichi)

【Contacto vía telefónica】

	FECHA RECOMENDADA	SITUACION
PRIMERA VEZ 1 回 目	R 年 月 日	
SEGUNDA VEZ 2 回 目	R 年 月 日	

医療機関名 NOMBRE DE LA INSTITUCION MEDICA

キ リ ト リ C O R T A R

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE SANSHI 2DO ANALISIS DE HELICOBACTER PYLORI PRUEBA DE HECES PORFAVOR TRAIGA ESTE FORMULARIO JUNTO CON SU ANALISIS DE HECES
三 泗 中 学 生 ピ ロ リ 菌 二 次 検 査 (便 検 査) (検 便 と 一 緒 に こ の 用 紙 を 持 参 し て く だ さ い)

Hasta antes de la fecha R 年 月 日 Envíe su análisis de heces a una Institución Médica.



NOMBRE DE LA INSTITUCION MEDICA
医 療 機 関 名

NOMBRE DEL 本人の TITULAR 名前	FECHA DE 本人の NACIMIENTO 生年月日	HEISEI 平成	AÑO 年	MES 月	DIA 日生
DIRECCION 住所	TELEFONO 電話番号	POR FAVOR ESCRIBA UN NUMERO QUE PUEDA ATENDER DE INMEDIATO ※携帯番号など、必ずつながる番号をお願いします。			
NOMBRE DEL 保護者 APODERADO の名前					