

# 証 明 書

受診者	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住 所	文京区		
受診日	令和 年 月 日			
検査内容	検査項目			
	<input type="checkbox"/>	虫卵検査	回虫	( )
			ぎょう虫	( )
	<input type="checkbox"/>	腸内細菌検査	赤痢菌	( )
			チフス菌	( )
			パラチフスA菌	( )
			サルモネラ	( )
			腸管出血性大腸菌 0157	( )
			尿検査	蛋白
		糖	( )	
	潜血	( )		

上記の成績であることを証明する。

令和 年 月 日

文京区春日1丁目16番21号

文京保健所保健サービスセンター

所長 ○○ ○○