

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	()	
<input type="checkbox"/> 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 ○○ ○○