

(例)

【別紙様式①】(県費により定期検便検査等を実施している給食従事者にノロウイルス高感度検査が必要となった場合に使用)

県立学校 給食従事者のノロウイルス高感度検便検査申請書

年 月 日

学校名	熊本県立〇〇〇学校	報告者	職名〇〇・氏名〇〇〇〇
	氏名(フリガナ)	性別	検査申請理由
1	〇〇 〇〇 (〇〇〇〇〇〇〇〇)	〇	例) 従事者1名がノロウイルス陽性と診断されたため
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
〔児童生徒の健康状況〕 例) 〇月〇日〇〇時ごろ、〇年男子生徒〇名が発熱、嘔吐、下痢の症状があり病院を受診、感染性胃腸炎と診断され本日欠席。〇日現在、〇年〇組〇名欠席。			
〔その他〕 例) 教職員〇名体調不良のため出勤を見合わせ。			

【提出先】
体育保健課 健康教育班
FAX 096-382-5962