

年 月 日

公益財団法人栃木県保健衛生事業団
理事長

依頼者住所：〒 ()

団体名：

代表者名：

電話番号： ()

FAX 番号： ()

担当者名：

ノロウイルス検査依頼書

次のとおりノロウイルス検査を依頼します。「個人情報」の取扱いを承諾しました。

No	店名または所属	氏名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
依頼件数 (合計)		件	

～お願い～

- 1) ボールペンなどではっきりと記入してください。
- 2) 従業員様の検査を一括して行う場合は、事前に「検査結果を含む個人情報を、会社またはお店が管理すること」についてご説明していただきご了解をいただきますようお願いいたします。