様式第６号

令和　　年　　月　　日

田主丸学校給食共同調理場所長　あて

受託者名

代表者名　　　　　　　　　　印

細　菌　検　査　結　果　報　告　書（　　月分）

このことについて、下記のとおり報告します。

記

１．受診結果

受診月日		受診者氏名	受診結果 （該当するほうを○で囲む）	備考
１回目	２回目			
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	
			陰性　・　陽性	

２．受診医療機関名

３．添付書類

受診医療機関の検査報告書（写）