

様式第2号（第5条関係）

せたな町12歳未満児抗原検査結果報告書

年 月 日

せたな町長 様

住 所
申請者（保護者） 氏 名
電話番号

抗原検査キットで検査した結果を、せたな町12歳未満児抗原検査事業実施要綱第5条第1項の規定により報告します。

	氏 名	検 査 結 果	
		陰 性	陽 性
対象者			

留意事項

- 1 検査結果が陽性であった場合は、医療機関へ相談をして下さい。
(直接受診せず、必ず事前の電話連絡を行って下さい。)