

แบบคำร้อง การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร
 ※กรุณาเขียนรายละเอียดลงในกรอบหนา

ピロリ菌検査申込書<タイ語>

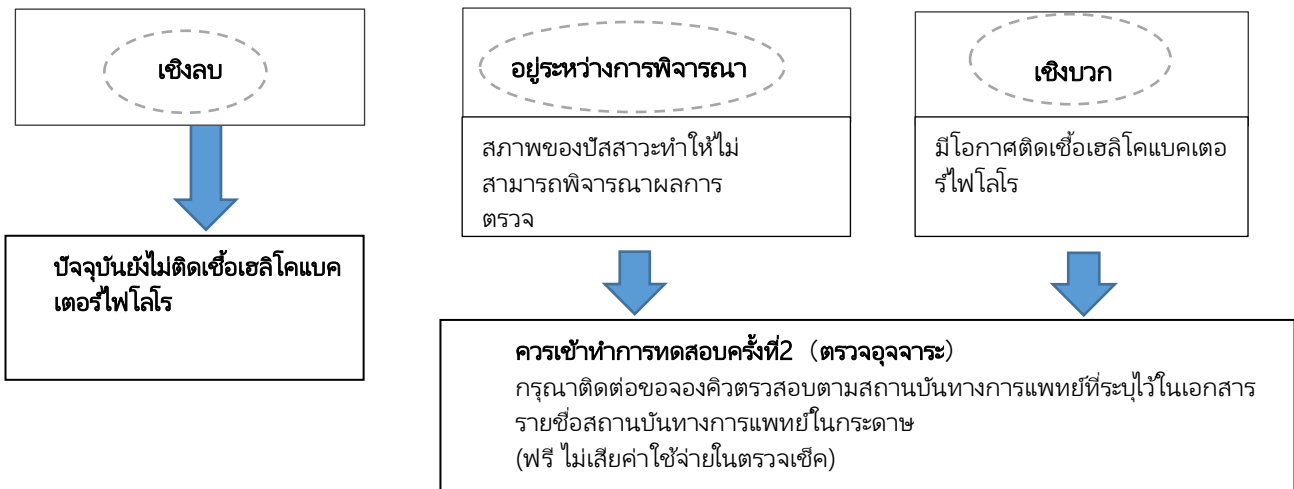
		ระแปี	เดือน	วันที่
การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร		โปรดอย่าลืมทำเครื่องหมายหนึ่งรายการ มีความประสงค์ · ไม่มีความประสงค์		
ชื่อโรงเรียน	มัธยมศึกษาตอนต้น	ชั้นปีที่3	ห้อง	เลขที่
ชื่อสกุล เด็กนักเรียน วันเดือนปีเกิด	คำอ่านฮิระงานะ ()			
		เฮเซปี	เดือน	วันที่เกิด
รหัสไปรษณีย์ ที่อยู่	〒 — ※ที่อยู่กรุณาเขียนเลขที่บ้าน, หมายเลขห้อง	ในการกรอกเอกสารมีความจำเป็นต้องเขียน 「ที่อยู่」 「ชื่อสกุลผู้ปกครอง」 ทั้งนี้เพื่อใช้สำหรับการส่งเอกสารผลการตรวจ เช็คไปให้ทางไปรษณีย์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเขียนรหัสไปรษณีย์, หมายเลข ที่บ้านและห้องพัก		
ชื่อสกุลผู้ปกครอง	様			
หมายเลขโทรศัพท์	※หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้			

◇นำกระดาษแผ่นนี้ใส่กลับลงในซองเดิมปิดปากของจากนั้นยื่นส่งคืนให้กับทางโรงเรียน
 ◇การทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรทางโรงเรียนมีการตรวจทางปัสสาวะ(ฟรี) ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2024
 (ระวัง) ข้อควรระวังหากไม่ได้ส่งเอกสารคำร้อง จะไม่สามารถเข้ารับการทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร

※ หลังจากนั้นประมาณ4สัปดาห์ จะมีการส่งผลการตรวจส่งไปที่บ้าน
 โปรดทราบว่าทางเราจะให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่หน่วยงานตรวจสอบเพื่อดำเนินงานในโครงการนี้

※ไม่ต้องเขียนรายละเอียดทางด้านล่าง

ใบผลการทดสอบเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร



<ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม> กองสวัสดิการอนามัยสุขภาพเด็ก อำเภอยะไข่โคอิจิ (แผนกสุขภาพแม่และเด็ก)

TEL 059-354-8187 FAX 059-354-8061