

細菌検査・ノロウイルス抗原検査結果報告書

施設・学校名又は医療機関名：

実習生・研修生氏名：

【栄養科実習生のみ】

便細菌検査	検査実施日	検査結果	備考
赤痢	年 月 日		
サルモネラ菌			
病原大腸菌			
腸チフス			
パラチフス菌			
腸管出血性大腸菌O157			
ノロウイルス抗原	年 月 日		

上記の通り証明します。

年 月 日 施設・学校名又は医療機関名

施設・学校責任者又は医師名

印

作成日：2025.8.15