

様式第6号（第8条関係）

除菌治療申込書兼同意書

神石高原町長 様

「ピロリ菌除菌治療に関する説明について、以下の項目についてその内容を確認し、理解しました。その上で、同意し、除菌治療及び治療後の除菌判定を受けます。

- 1 ピロリ菌について
- 2 ピロリ菌を治療する（除菌治療）方法について
- 3 費用負担について
- 4 治療の副作用について
- 5 除菌後の判定について
- 6 予想される利益と不利益について
- 7 副作用が生じた場合の対応・補償について
- 8 個人情報の取扱いについて
- 9 ピロリ菌感染による将来の病気を予防するために

年 月 日

住所 _____

受診者氏名 _____

保護者氏名 _____

連絡先（保護者） _____