

様式15号

食中毒患者等届出票

病名	
発症年月日時	年 月 日 午前・午後 時 分
診断(検案)	年 月 日 午前・午後 時 分
診断方法及び原因	1 菌検査(菌型) 2 血清検査 3 臨床決定 4 その他
	(原因)
患者	氏名 生年月日 M T S H 年 月 日 (歳) 住所
備考	
届出年月日	年 月 日
医師住所(施設名・所在地)	
医師氏名 ㊞	

提出先：前橋市保健所 衛生検査課 食品衛生係

〒371-0014 前橋市朝日町3-36-17 TEL027-220-5778