

様式第1号

年 月 日

岩手県立前沢明峰支援学校長 様

住 所

受託者

氏 名

印

委 託 業 務 従 事 者 名 簿

従 事 期 間		年 月 日 から 年 月 日まで		
業 務 従 事 者	氏 名	年 齢	住 所	特記事項

※ 特記事項には現場責任者を記載すること。

様式第2号

年 月 日

岩手県立前沢明峰支援学校長 様

住 所

受託者

氏 名

印

健 康 診 断 等 結 果 報 告 書

記

1 一般健康診断

年 月 日 検査実施

2 腸内細菌検査（検便）（赤痢、サルモネラ、O-157）

年 月 日 検査実施

年 月 日 検査実施

3 ノロウイルス検査（10月～3月）

年 月 日 検査実施