

教育委員会名

（ ）教育委員会

担当窓口

（ ）課

ご担当者

メール

学校名	郵便番号	住所	電話番号	必要キット数	小中学校課来庁日	キット回収予定日	出発日	行先

**※検査キット回収予定日の希望について、  
時間指定はできませんので、ご理解をお願いします。**