様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

　佐渡市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　 ㊞

ＰＣＲ検査実施理由書

　ＰＣＲ検査を受けることが必要な理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |