

職域検査受検証明書

下記の者について、当機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを証明します。

記

氏 名： _____

検査番号： _____

検査日： _____年 _____月 _____日

検査結果通知日： _____年 _____月 _____日

- ※ 検査番号には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載する。検査番号に代えて、住所、性別及び生年月日を記載することができる。
- ※ 氏名は、記載を省略することができる。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する場合を除く。
- ※ 検査日は、記載を省略することができる。

_____年 _____月 _____日

検診機関名： _____ 印

所在地： _____

電話番号： _____

(注)

- ※ 本証明書は、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判断された方が青森県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付書類として必要となるものです。
- ※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、青森県又は市町村が行う医療機関受診状況のフォローアップに同意していただくことが必要となります。初回精密検査費用の助成について詳しくは、青森県健康医療福祉部 がん・生活習慣病対策課にお問い合わせ下さい。

【問合せ先】 青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課
がん対策推進グループ

【住所】 〒030-8570
青森市長島一丁目1番1号

【電話】 017-734-9216

【FAX】 017-734-8045