（様式第３号－２）

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、性別およ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

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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福井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、お住まいの保健所または市町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、お住まいの保健所または市町の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。