

胃・大腸・肺・婦人・前立腺がん等検診 再検査および精密検査 受診証明書

医療機関の長 殿

南大東村長 新 垣 利 治

日頃より本村の健診事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この証明書は、各種がん検診の再検査および精密検査の受診にあたり、「南大東村 地域でつくる健康補助金」の交付を申請する者が村役場に提出するものです。貴医療機関におかれましては、太線枠内の記入をお願い致します。

交 付 申 請 者

氏 名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	南大東村字

再検査および精密検査 結果

精密検査 項 目	実 施 日	医 師 判 定 (どちらかに○、内容の記入をお願いします)	
<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> その他のがん ()	年 月 日	異常なし	異常あり ()
上記のとおり実施しました。			
実施医療機関名			
所在地			