

(65歳以上)

胃・大腸・肺・婦人・前立腺がん等検診  
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、65歳以上の各種がん検診を受診するにあたり、「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

検査結果

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)	
		異常あり	異常なし
<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	異常あり ( )	異常なし
上記のとおり実施しました。			
実施医療機関名 所在地			