別紙様式第１－２号

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。

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広島県に初回精密検査費用の助成を請求する際に，添付してください。

※　初回精密検査費用の助成を受けるには，「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録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，広島県健康福祉局薬務課（電話082-513-3078）にお問い合わせください。