

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してください。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ます。
- ※ 氏名は、記載を省略することができます。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する場合を除きます。
- ※ 検査日は、記載を省略することができます。

年 月 日

検査実施機関名： _____ 印

所在地： _____

電話番号： _____

【検査実施機関の方へ】

- ※ 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都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。
- ※ 本証明書の発行に当たっては、文書料等を発生させずに発行してください。
- ※ 本証明書の発行が困難な場合や当該助成制度の詳細等については、東京都保健医療局保健政策部疾病対策課（電話番号：03-5320-4476）にお問い合わせください。