

実施状況報告書  
(胃がん)

宇都宮市長 様

医療機関 所在地 〒  
名称  
TEL  
医師名

20 年 月分の実施状況を下記のとおり報告いたします。

[実施人数] [費用免除者(再掲)]

胃部 X 線撮影 名 ( 名 )

胃部内視鏡 名 ( 名 )

受診券番号	免除	氏名	X線	内視鏡	受診券番号	免除	氏名	X線	内視鏡

※ 「免除」欄は、受診者が費用免除者に該当する場合に○印を記入してください。

※ 委託料振込口座に変更がある場合は、健康増進課あて御連絡ください。

