|  |
| --- |
| 医療機関コード |
|  |

（様式報第６号）

実施状況報告書

（肝炎ウイルス）

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）〕

B型＋C型検査　　　　　　　　　名　　　　　（　　　　　名）

B型検査のみ　　　　　　　　　　名　　　　　（　　　　　名）

　　　　　　　C型検査のみ　　　　　　　　　　名　　　　　（　　　　　名）

※　「免除」欄は，受診者が費用免除者に該当する場合に〇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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診券番号 | 免除 | 氏名 | B型＋C型検査 | B型検査のみ | C型検査のみ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診券番号 | 免除 | 氏名 | B型＋C型検査 | B型検査のみ | C型検査のみ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |