

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)

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

※ 「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。

