

実施状況報告書
(乳がん)

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します。

[実施人数]

[費用免除者 (再掲)]

視触診 名 (名)

受診券番号	免除	氏名	受診券番号	免除	氏名

- ※ 30歳代の女性のみが対象となりますので、ご注意ください。
- ※ 「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。

