

(様式報第3号)

医療機関コード

実施状況報告書
(肺がん)

宇都宮市長 様

医療機関 所在地 〒
名 称
T E L
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）〕

胸部 X 線直接撮影 名 (名)

受診券番号	免除	氏 名	受診券番号	免除	氏 名

※ 「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。

[illegible]