

実施状況報告書
(子宮がん)

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いたします。

〔実施人数〕 〔費用免除者(再掲)〕うち クーポン利用者 再検査実施者(再掲)

子宮頸部のみ 名 (名(うち 名)) 頸部 (名)

子宮頸部+体部 名 (名(うち 名)) 体部 (名)

子宮頸部+HPV 名 実施者全員費用免除 頸部 (名)

子宮頸部+HPV+体部
名 (名) ※体部免除者 体部 (名)

受診券番号	免除	氏 名	H P V	体 部	再 検 査		受診券番号	免除	氏 名	H P V	体 部	再 検 査	
					頸 部	体 部						頸 部	体 部

※ 「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。

※ 実施した検査項目欄に○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]

[illegible]

[illegible]