

令和5年度検査実施証明書

令和 年 月 日

検査実施医療機関名及び代表者名

印

当院では、下記のとおり、がん検診を実施したことを証明する。

【受診者本人記入】

〔受診者が所属する事業所(施設)の所在地〕 (〒 —)	
〔受診者が所属する事業所(施設)の名称〕	職員名(検診を受診した加入職員名を記入)

実施した項目に○をつけてください

【検査実施医療機関記入】

↓

検査名	実施の有無	実施日	検査費用
1. 乳がん検査(マンモグラフィ)			
乳がん検査(超音波検査)			
2. 子宮頸がん検査			
3. 前立腺がん検査(PSA)			
4. 大腸がん検査(内視鏡検査)			

(注)

複数の医療機関で検査を実施した場合は、医療機関ごとに証明書を提出してください。

検査費用は、各検査ごとに記入してください。