様式７－２

職域検査証明書

下記の者について、当機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた

ことを証明します。

記

氏　　　　　名：

検　査　番　号：

検　　査　　日：　　　　　　年　　　月　　　日

検査結果通知日：　　　　　　年　　　月　　　日

※　検査番号には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載する。検査番号に

代えて、住所、性別及び生年月日を記載することができる。

※　氏名は、記載を省略することができる。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する

場合を除く。

※　検査日は、記載を省略することができる。

年　　　月　　　日

医療機関名：

所 在 地：

電話番号：

（注）

※　本証明書は、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判断された方が、県に

初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付書類として必要となるものです。

※　初回精密検査費用の助成を受けるには、県又は市町等が行う医療機関受診状況のフォロ

ーアップに同意していただくことが必要となります。初回精密検査費用の助成について、

詳しくは、香川県感染症対策課にお問い合わせ下さい。