

(様式第3号)

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： _____ (男・女)

住 所： _____

検 査 日： _____ 年 月 日

検査結果通知日： _____ 年 月 日

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大阪府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、大阪府又は大阪府内の市町村が行う医療機関受診状況の状況把握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、下記肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。

【提出先及びお問い合わせ先】

〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前二丁目1-22

大阪府健康医療部 健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ

電話：06-6941-0351 (内線 2592)