

(様式2)

愛媛県肝炎ウイルス検査事業実績報告書

()月分 (報告者)

所在地

氏名(※法人にあつては、法人名及び代表者職・氏名、※自署又は記名押印)

印

以下のとおり、肝炎ウイルス検査を実施しました。

受診者連名簿

※実施検査に○を記入してください。

整理 番号	受診日	氏名	生年月日 (才)	実施検査の種類			
				B+C	B	C	核酸増幅検査
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
	/		(才)				
小 計		人	検査計	件	件	件	件

※該当する肝炎ウイルス検査受診(申込)票【県保存用】(様式1)を添付してください。