様式第３号

職域検査受検証明書

　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

・受検者氏名：

・検査番号：

・住　　　　所：〒

・性　　　　別：

・生年月日：　　　　年　　　月　　　日生

・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こと。

　※　検査番号の記載があれば、住所・性別・生年月日・検査日は　省略可。

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福岡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、福岡県又は北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市が行う「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」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、福岡県内のお住まいを管轄する保健所の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。