

様式 7 - 3

(医療機関名)

御中

職域での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会について

下記の者について、岡山県において肝炎ウイルスに係る初回精密検査費用の助成を行うに当たり必要であるため、下記の者が貴機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて照会しますので、下記の回答欄に記入の上、返信して下さいますようお願いいたします。

なお、本照会に貴機関が回答することについては、本人の同意を得ています。

(注) 下記の者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、下記の者の職場等に照会しないで下さい。

記

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 女	年 月 日生
住 所	〒 ー		
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日

年 月 日

岡山県保健医療部疾病感染症対策課

所 在 地 : 岡山市北区内山下 2 - 4 - 6

電話番号 : 0 8 6 - 2 2 6 - 7 3 3 1

<医療機関回答欄>

※ 以下のいずれかにチェックの上、返信して下さい。

☐ 上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認めます。

☐ 上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認められませ
ん。

年 月 日

医療機関名 :

担当部署・担当者 :

所 在 地 :

電話番号 :