（様式第１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

|  |  |
| --- | --- |
| 検査番号（※１） |  |
| 氏名（※２） |  |
| 検査日（※３） | 年　　　　月　　　　日 |
| 検査結果通知日 | 年　　　　月　　　　日 |

※１　「検査番号」欄には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載してください。検査番号の記載に代えて、住所及び生年月日の記載とすることも可能です。

※２　検査番号（検査結果通知書に記載された個人識別番号）を記載した場合、氏名の記載を省略することができます。（検査番号の記載に代えて、住所及び生年月日の記載を行った場合は氏名の記載を省略できません。）

※３　検査日の記載は、省略することができます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　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都道府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、熊本県又は市町村が実施するフォローアップ事業（ウイルス検査陽性者の医療機関受診状況等を確認させていただく事業です。）に同意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は、熊本県健康危機管理課（電話：０９６－３３３－２７８３）にお問い合わせください。