

## 検査実施証明書

平成 年 月 日  
(検査実施医療機関名および代表者名)

印

当院では、下記の事業所(施設)等に勤務する下記記載の職員について、次に掲げるがん検査を実施したことを証明する。

### 【受診者本人記入】

[受診者が所属する事業所(施設)の所在地] (〒 — )	
[受診者が所属する事業所(施設)の名称]	職員名(検診を受診した加入職員名を記入)

### 実施した項目に○をつけてください

### 【検査実施医療機関記入】

↓

検診名	実施の有無	実施日	費用
1. 乳がん検診(マンモグラフィ・超音波検査)			
2. 子宮頸がん検診			
3. 前立腺がん検診			
4. 大腸がん検診			

(注)

1. 検診内容(検診日、検診名、検診費用)が記載されている領収書、または明細のわかる請求書が発行されている場合は、本証明書は必要ありません。
2. 複数の医療機関で検査を実施した場合は、医療機関ごとに証明書を提出してください。