

(様式 13-3)

(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、茨城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、個人情報保護の観点から、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

茨城県保健福祉部疾病対策課 担当: _____

所在地: 茨城県水戸市笠原町978番6 _____

電話番号: 029-301-3220 _____

<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: _____