

様式第 2 号（第 4 条関係）

境港市子宮頸がん検診・H P V 検査受検証明書

下記の者については，子宮頸がん検診・H P V 検査を実施し，これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受 検 者 氏 名	()	生年月日	年 月 日
検 査（受 診） 日			
実施した検査等 ※ 1 及び 領収金額	☐ 子宮頸部細胞診 円		
	☐ H P V 検 査 円		
	☐ 子宮頸部＋体部細胞診 円		

※ 1 該当する場合は□欄に✓を記載してください。