

弘前市がん検診精密検査受診証明書
(弘前市がん検診初回精密検査費助成金申請用)

| | |
|------|----------------|
| 住 所 | 〒 |
| | |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |

上記の者が、当医療機関にて、弘前市が実施する下記のがん検診の結果に基づき精密検査を受けたことを証明する。

| | | | | | |
|------------------------------|----------|-----|------|-------|-----|
| 精密検査受診日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 精密検査対象の がんの区分 (該当項目に○) | 胃がん | 肺がん | 大腸がん | 子宮頸がん | 乳がん |
| 精密検査費用 (本人支払額) | 円 | | | | |

令和 年 月 日

| | |
|-----------------|--|
| 精密検査実施 医療機関名 | |
|-----------------|--|