


様式〔2〕

市民検診実施報告書
前立腺がん検診

_____ 月分

令和 ____ 年 ____ 月分の報告する件数は、下記のとおりです。
なお、「福島市前立腺がん検診結果報告書」を別添のとおり提出いたします。

検 診 項 目	自己負担(有料) 件 数	自己負担(無料) 件 数	件数計
前立腺がん検診 実施件数			

 口座情報に変更がある場合は記入してください。変更がなければ空欄で結構です。

福島市市民検診登録内容変更届

登録内容について変更のあった部分のみ記入してください。

変更日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名	ふりがな											
代表者名	ふりがな											
所在地	〒 -											
TEL	()					FAX	()					
医療機関コード			-									以下7桁
振込先	銀行名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫					支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店				
	口座区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					口座番号 (右づめ)					
	口座名義	ふりがな										

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号