令和　　年　　月分

（第46号様式）

結核患者等検診実施報告書

検診実施項目の欄に〇印をつけてください。＊はフィルムサイズ・枚数をご記入ください。

登録番号	検診年月日	受　診　者　名	初診料（診察）	菌検査	ツ　反	IGRA	＊胸部単純撮影＊	請求金額計
計								

上記のとおり報告します。　　（委託医療機関名）

住　所

令和　　年　　月　　日　　氏　名　　印

鹿児島市長　下　鶴　　隆　央　殿　　押印を省略する場合は、記入してください。

（担当者：氏名　　電話　　）

（注意）委託医療機関名の記名・押印は委託契約書の受注者欄及び請求書と同じになります。

受　付　印	確　　認			
	課　　長	係　　長	係	照　　合