様式第２号

受検者名簿（胃ガン･大腸ガン･子宮ガン･乳ガン）

所属所名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員  番号 | 受検者名簿 | 被扶養者 | 組合員  番号 | 受検者名簿 | 被扶養者 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 上記の者が　　　　　　　年　　　月　　　日に受検したことを  証明します。  　　　　　医療機関　　住　　所  　　　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　　　　　代表者 | | | | | |

（注）被扶養者欄は、受検者が組合員の被扶養者である場合に○印をしてください。