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。