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〇印をしてください。