

肝炎ウイルス委託検査実施報告書  
(特定感染症検査等事業)

岐阜県医師会長様

住 所

医療機関名

代表者名

令和 年 月分の肝炎ウイルス検査実施結果等下記のとおり報告します。

記

検査項目	判定	件数
C型肝炎ウイルス検査	①	件
	②	件
	③	件
	④	件
	⑤	件
HBs抗原検査	陽性	件
	陰性	件