様式第2号（第4条第2項関係）

大腸がん精密検査・治療実施証明書

氏　名

標記の者は、大腸がん検診を受け、その結果次のとおり大腸がん精密検査及び治療を実施したことを証明します。

年　　月　　日

（該当部分に✔）

☐　内視鏡でポリープ等切除・病理検査実施
（検査結果の内容については問わない）

☐　手術(外科治療)

☐　化学療法

医療機関の所在地及び名称

医師氏名　　印