

鳥取県風しん抗体価検査結果のお知らせについて

年 月 日

(検査受検者) 様

(委託医療機関の長)

年 月 日の検査結果について、次のようにお知らせします。

1. 面接による結果の通知

日 時	年 月 日 ( ) 時 分
場 所	
方 法	この通知をお持ちいただいたご本人に、医師が面談のうえで、お知らせします。

2. 郵送による結果の通知

後日、受診申込書へ記載の住所へ検査結果を送付します。

<注意事項>

- 1 この通知を紛失されますと、検査結果がお知らせできなくなりますので、大切に保管していただき、結果を聞きにお越しになるときには、必ずお持ちください。
- 2 上記の日時にお知らせ場所にお越しになれないときには、下記の担当にご連絡いただき、改めて日時などについてご相談ください。
- 3 電話による検査結果についてのお問い合わせには一切お答えできませんので、ご理解ください。
- 4 検査結果について、当院から電話等で連絡することはありませんので、予め、御承知おきください。

<連絡先>

医療機関名	
電話番号	
担 当	