

新竹市政府所屬機關

健康篩檢證明單

申請日期： 年 月 日

姓名		職稱		服務 單位	
篩檢日期	年 月 日				
篩檢項目	<input type="checkbox"/> 乳癌(乳房攝影檢查) <input type="checkbox"/> 子宮頸癌(子宮頸抹片檢查) <input type="checkbox"/> 口腔癌(口腔黏膜檢查) <input type="checkbox"/> 大腸癌(糞便潛血檢查) <input type="checkbox"/> 肺癌「低劑量電腦斷層檢查(LDCT)」				
醫療機構核章證明：					