

(保護者控用)

新生児マス・スクリーニング申込書

平成 年 月 日

私は「新生児マス・スクリーニングのお知らせ」を読んで医療機関から説明を受け、了承しましたので、新生児マス・スクリーニングを申し込みます。

連絡先住所：〒 _____

電話番号：(_____) _____ - _____

保護者署名： _____

赤ちゃんの生年月日：平成 年 月 日

(注) 里帰り分娩等で上記の住所と異なる場所にいる場合は、連絡先をご記入下さい。

連絡先住所：〒 _____

電話番号：(_____) _____ - _____

医療機関名： _____

(医療機関控用)

新生児マス・スクリーニング申込書

平成 年 月 日

私は「新生児マス・スクリーニングのお知らせ」を読んで医療機関から説明を受け、了承しましたので、新生児マス・スクリーニングを申し込みます。

連絡先住所：〒 _____

電話番号：(_____) _____ - _____

保護者署名： _____

赤ちゃんの生年月日：平成 年 月 日

(注) 里帰り分娩等で上記の住所と異なる場所にいる場合は、連絡先をご記入下さい。

連絡先住所：〒 _____

電話番号：(_____) _____ - _____

医療機関名： _____