

新生児聴覚検査受診票 交付申請書

鳴門市長 殿

申請日 年 月 日

新生児聴覚検査受診票の交付を申請をします。

上記受診票を不正に使用しないことを確約し、不正に使用した場合は、
検査費用は全額自己負担いたします。

住所

(TEL)

妊産婦氏名

生年月日 年 月 日生

(満 歳)

(出産予定病院)

(出産予定日 年 月 日)

* 記入の方法：妊産婦さんが来られるときは、上の枠内のみ。委任されるときは、2つの枠内を記入してください。

新生児聴覚検査受診票 交付委任状

妊産婦以外の方が来所される場合はご記入ください。

鳴門市長 殿

申請日 年 月 日

[受任者]

住所 (TEL)

氏名 (続柄)

上記の者に新生児聴覚検査受診票の交付申請を委任します。

[妊産婦]

住所 (TEL)

氏名 生年月日 年 月 日生

(満 歳)

事務局欄

交付日	年 月 日
交付理由	新規・転入・再交付
交付枚数	枚