

新生児マススクリーニング・ 実証事業 申込書(同意書)

保護者控用

20 年 月 日

あて先 北海道知事

あて先 札幌市長

パンフレットと「新生児マススクリーニングのお申込みにあたって」を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名	(続柄:)
-----------------	------------------------------------

「新生児マススクリーニングに関する実証事業」に参加するにあたり、説明書に記載されている項目について十分な説明を受け、内容を理解し了承しましたので実証事業に参加することに同意します。
(以下の実証事業署名により、実証事業対象の2疾患の検査を無料で受けることができます。)

実証事業署名(保護者)	
-------------	-------------

自宅住所	〒 ー
電話番号	() ー
赤ちゃんの 生年月日	20 年 月 日
医療機関名	
里帰り等で滞在先が自宅住所と異なる場合は、以下もご記入ください。	
連絡先住所	〒 ー

新生児マススクリーニング・ 実証事業 申込書(同意書)

医療機関控用

20 年 月 日

あて先 北海道知事

あて先 札幌市長

パンフレットと「新生児マススクリーニングのお申込みにあたって」を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名	(続柄:)
-----------------	-------------------------------

「新生児マススクリーニングに関する実証事業」に参加するにあたり、説明書に記載されている項目について十分な説明を受け、内容を理解し了承しましたので実証事業に参加することに同意します。
(以下の実証事業署名により、実証事業対象の2疾患の検査を無料で受けることができます。)

実証事業署名(保護者)	
-------------	-------------

自宅住所	〒 —
電話番号	() —
赤ちゃんの 生年月日	20 年 月 日
医療機関名	
里帰り等で滞在先が自宅住所と異なる場合は、以下もご記入ください。	
連絡先住所	〒 —

新生児マススクリーニング・ 実証事業 申込書(同意書)

検査機関控用

20 年 月 日

あて先 北海道知事

あて先 札幌市長

パンフレットと「新生児マススクリーニングのお申込みにあたって」を読み、医療機関から十分な説明を受け、了解しましたので、新生児マススクリーニングを申し込みます。

(フリガナ) 保護者署名	(続柄:)
-----------------	-------------------------------

「新生児マススクリーニングに関する実証事業」に参加するにあたり、説明書に記載されている項目について十分な説明を受け、内容を理解し了承しましたので実証事業に参加することに同意します。
(以下の実証事業署名により、実証事業対象の2疾患の検査を無料で受けることができます。)

実証事業署名(保護者)	
-------------	-------------

自宅住所	〒 —
電話番号	() —
赤ちゃんの 生年月日	20 年 月 日
医療機関名	
里帰り等で滞在先が自宅住所と異なる場合は、以下もご記入ください。	
連絡先住所	〒 —