

先天性代謝異常症等検査申出書

年 月 日

医療機関

様

保護者の氏名

印

(続柄)

京都府が実施する先天性代謝異常症等の検査を希望します。

新生児の生年月日及び性別	年 月 日 (男・女)
ふりがな 母の氏名	
住 所	
電 話 番 号	- -

- 注 1 電話番号は、必ず連絡がとれる番号を記入してください。
- 2 氏名の記載を自著で行う場合においては、押印を省略することができます。
- 3 退院後おおむね1箇月以内の連絡先が、上記住所及び電話と異なる場合は、次の表に記入してください。

住 所	(様方)
電 話 番 号	- -