

新生児聴覚検査実施確認書

(※領収書がない場合のみ提出)

保護者 住 所 _____

氏 名 _____

新生児名 _____

確認事項

- 1 新生児聴覚検査実施 有（平成 年 月 日）、 無
- 2 新生児聴覚検査の料金徴収 有（ 円）、 無
- 3 初回検査後の確認検査 有（平成 年 月 日）、 無
- 4 確認検査の料金徴収 有（ 円）、 無

確認医療機関 住 所 _____

名 称 _____

代表者名 _____ 印