

第9号様式

先天性代謝異常等検査採血料無料受検票交付申請書

| | | | | | |
|---|-----------------------|------|---|---|---|
| 妊婦氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | | | | | |
| <p>生まれてくる子どもの先天性代謝異常等検査を受けたいので「先天性代謝異常等検査採血料無料受検票」の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>京都府山城北保健所長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 印 住 所</p> <p style="text-align: right;">(妊婦との続柄)</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> | | | | | |
| 保 健 所 確 認 事 項 | 受付年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 該当区分 (A ・ B ・ C) | | | | |
| | 確認方法 () | | | | |
| 備 考 | | | | | |

※申請者は太ワク内のみについて記入してください。