

先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング検査）及び
新生児マススクリーニング検査に関する実証事業参加申出書

年 月 日

医療機関の長
主治医 様

助産施設の長 保護者の氏名 (続柄)

京都府が実施する

先天性代謝異常等検査の実施に【 ☐ 同意します ☐ 同意しません 】
実証事業への参加（検査の実施）に【 ☐ 同意します ☐ 同意しません 】

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	— —