

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;">平成 年 月 日</p> <p>京都府 保健所長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 印</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">妊婦との続柄</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 局 番</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。