新生児聴覚検査同意書兼申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| お子さま  （お名前決まっていなければ記入不要です） | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| お母さま | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 保護者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 同意確認 | * 私の子供が新生児聴覚検査を受けることに同意し、申し込みを希望いたします。 * 検査結果を行政機関へ通知することに同意します。   ※子育ての相談や適切な支援をするため、市町村（子育て世代包括支援センター）保健師から連絡する場合があります。 | |

個人情報につきましては、プライバシーを侵害することのないように、厳重に管理いたします。