

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

保護者の氏名 ⑥

(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 氏名の記載を自署で行う場合には、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	— —