

様式第 2 号(第 4 条関係)

年 月 日

安来市長 様

新生児聴覚検査実施済証明書

児 氏 名		生年月日	年 月 日(生後 日)
保護者氏名			
住 所			

上記の新生児について、新生児聴覚検査を実施しましたので、報告します。

実施日	年 月 日
年 月 日	
医療機関名	
印	