

さいたま市新生児聴覚検査実施証明書

年 月 日

（宛先） さいたま市長

（実施医療機関等）

郵便番号

所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

次の者について、次のとおり新生児聴覚検査を実施したことを証明します。

1 申請者

フリガナ 保護者氏名	----- ①	生年月日	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 検査受検者	-----	生年月日	年 月 日 (か月 日)
申請者の 現住所	〒 (電話番号 — —)		
受診日に おける住所	〒 さいたま市 区		

2 新生児聴覚検査実施年月日及び領収金額

	新生児聴覚検査 実施年月日	領収金額 (保険診療分を除く)
1		