様式第８号

先天性代謝異常等検査実績報告書

年　　月　　日

（あて先）　京　都　市　長

医 療 機 関
所　在　地
代表者氏名

下記のとおり，　　年　　月分の実績を報告します。

＠３，５００×＿＿＿件＝＿＿＿＿＿＿

金＿＿＿＿＿＿＿＿円

（内　訳）

行政区	保護者氏名	乳児氏名	採血月日	初検・再検の区別
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検
			月　　日	初検・再検