

様式第8号 (第3条関係)

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)

[illegible]