

京都市新生児聴覚検査実施証明書

年 月 日

(宛先) 京都市長

実施医療機関等
住 所
名 称
代表者名
電話番号

次の者について、下記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 検査を受けた新生児

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 助成金の交付を申請する聴覚検査の内容

検査内容 (いずれかに○)	ABR 又は AABR ・ OAE
検査費用	円