

京都市先天性代謝異常等検査に係る採血・指導実施証明書

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、下記のとおり採血・指導を実施したことを証明します。

1 保護者氏名

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 乳児氏名

氏 名		生年月日	年 月 日
採血年月日	年 月 日	初検・再検 の区別	初検 ・ 再検