

様式第2号(第6条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査領収書

年 月 日

(保護者)

様

下記のとおり、新生児聴覚スクリーニング検査を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

被 検 査 者 氏 名	
検 査 日	年 月 日
検 査 料 金	円
医療機関等の名称 住 所 病院名 担当医師名	

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。