様式４　（検査申込書兼同意書）

**新生児聴覚検査　申込書兼同意書**

（標記の検査について、次のいずれかの□に✓を入れ、下欄に必要事項を記入してください。）

□「赤ちゃんの聞こえと新生児聴覚検査について（ご案内）」及び「新生児聴覚検査の（一部）公費負担と検査結果の市町等への連絡について」を読み、私の子どもに対する新生児聴覚検査の実施を申し込むとともに、検査結果の市町への通知について同意します。

□「赤ちゃんの聞こえと新生児聴覚検査について（ご案内）」及び「新生児聴覚検査の（一部）公費負担と検査結果の市町への連絡について」を読み、私の子どもが新生児聴覚検査を受けることを希望いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| お子さま氏名 |  | お母さま氏名 |  |
| ふ り が な |  | 住　　所 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 電話番号 | ―　　　　― |