様式８－２（市町保健師等→医療機関）

　　　年　　　月　　　日

**新生児聴覚検査等育児支援報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　様

市町名：

下記の方について、対応状況を報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  児の氏名 | （ 男 ・ 女 ）  　　年　 　月　　日生 | |
| ふりがな  保護者氏名 |  | |
| 住　所 | 電話　　　－　　　－ | |
| 訪問指導等  の　状　況 | 年　　　月　　　日対応 | |
| その他の  報告事項 |  |
| 市 町 等  担当者 | 市・町  電話（　　　　　）　　　　－  記入者 |