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 |