

様式第2号（第7条関係）

有田川町新生児聴覚検査費助成事業用検査実施証明書

保護者の氏名			
新生児の氏名		新生児の生年月日	
住所	有田川町大字		

（新生児の名前が決まっている場合のみ新生児の氏名をご記入下さい）

上記児の新生児聴覚検査を実施したので報告します。

有田川町長 あて

実施医療機関名

印

受診年月日	年 月 日 (生後 月 日)
検査方法	実施した検査にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（AABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）
検査結果	検査結果にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 異常なし（Pass） <input type="checkbox"/> 要確認検査（Refer）
検査費用	¥ _____ 円

*保護者の方は、本証明書を町へ助成金の申請する際に添付してください。