

年 月 日

雲南市長 様

新生児聴覚検査実施済証明書

児氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
住所			
住所（※1）			

（※1）児と保護者の住所が異なる場合等にご記入ください。

上記の新生児について、新生児聴覚検査を実施しましたので、報告します。

実施日	年 月 日
検査費用	
年 月 日	
医療機関名	
⑩	