

様式第2号（第5条関係）

新生儿聴覚検査受診票交付申請書（転入・紛失・毀損等）

		交付日		年	月	日
		交付番号				
妊産婦及び 新生儿氏名	妊産婦	生年月日	年 月 日			
	新生儿	生年月日	年 月 日			
住 所	茨城県下妻市		保護者氏名			
			電 話 番 号	自宅	( )	
				携帯		
現在の妊娠週数	妊娠 週 ( ) 月 ( ) (出産予定日： 年 月 日)					
新生儿月齢	生後 日					
交付する受診票	新生儿聴覚検査受診票					
受診医療機関						
申 請 理 由	1 転入（旧住所 市町村） 2 紛失 3 毀損 4 その他 ( )					
上記により新生儿聴覚検査受診票の交付について申請します。 年 月 日 下妻市長 様 <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>						

(注) 1 該当するものを○で囲んでください。

2 申請理由が3の毀損である場合は、毀損した受診票を添えて申請してください。