

先天性代謝異常等検査申込書（同意書）

採血医療機関の長 様
検査機関の長 様
精密医療機関の長 様
山口県知事 様

（保護者）

日赤 一郎 の子（平成〇〇年〇〇月〇〇日生：男・女）に対し、

代謝異常疾患等の早期発見のため別紙検査を実施して下さるよう申し込みます。

また、精密検査が必要となった場合、別紙のとおり追跡調査を行うことに

同意します ・ 同意しません

（いずれかに〇をつけてください。）

※本検査は、本検査を一層的確に、かつ有効に行うことができるよう、島根大学医学部の協力により実施します。

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

保護者 現住所 山口市八幡馬場99-9

電 話 083-999-9999

氏 名 日赤 一郎

保護者連絡先（現住所と異なる場合のみ記入してください）

住 所

電 話

※必ず保護者が記入してください。

（採血医療機関保管）