

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

奥出雲町長 様

新生児聴覚検査実施済証明書

新生児名		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
住所			

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	円
年 月 日	
医療機関名	
⑩	