

(別記第2号様式)

新生児聴覚検査受診票再交付申請書

新生児聴覚検査受診票の 交付を受けた日	年 月 日
新生児聴覚検査受診票の番号	
母子健康手帳の番号	
再交付を受けようとする理由	き 損 ・ 紛 失

函館市新生児聴覚検査受診票の再交付を受けたいので、函館市新生児聴覚検査事業実施要綱第5条第1項第2号の規定により申請します。

年 月 日

住 所 函館市

保護者氏名

電 話

函館市長 様

※母子保健課記入欄 新生児聴覚検査受診票 No _____
