

鹿児島県新生児マススクリーニング検査実証事業 同意書

鹿児島県知事 様

ふりがな
(子の氏名) _____ (性別) 男 ・ 女

(生年月日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私はこの実証事業に参加するにあたり、説明書に記載されている項目等について、十分な説明を受けました。内容を理解し了承しましたので、この実証事業に参加することについて同意します。

(同意日)： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
保護者氏名 (母の氏名) _____〒
住 所
(住民登録をしているところ)

電話番号

※里帰り出産の人は、帰省先もあわせて記入してください。

〒
里帰り先住所 (_____ 方)
電話番号

精密検査が必要となった場合は、適切な検査・治療が受けられるように、実証事業に係る精密検査結果を採血医療機関、検査機関、精密検査実施医療機関、関係自治体が情報共有することに

(同意します ・ 同意しません)-----
(医療機関記載欄)医療機関
名称及び代表者氏名
所在地
電話番号