先天性代謝異常等検査申込書兼同意書

富山県知事・採血医療機関長　様

平成　　年　　月　　日　出生の（保護者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の
（続柄… 長男 二女等）
（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿に対し、先天性代謝異常等の疾患の早期発見のための検査を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

現住所

（電話　　）

母親氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

退院後の連絡先（必ず記入すること）

住所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿方

（電話　　）

先天性代謝異常等検査を終えた血液ろ紙の使用について（ご協力のお願い）

検査終了後、富山県衛生研究所で、先天性代謝異常等に関する検査法の改良や他の病気の検査法の開発等に用いられることに

（どちらかに○を囲んでください。）　同意します　　同意しません

切り取り線

撤　回　書

平成　年　月　日

富山県知事様

平成　　年　　月　　日に、先天性代謝異常等検査を終えた血液ろ紙の使用について同意しましたが、撤回いたします。

お子様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（平成　　年　　月　　日生）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿