

# 先天性代謝異常等検査事業に係る検体の使用申請書

年 月 日

岡山県知事 伊原 木 隆 太 殿

所 在 地 :

医療機関名 :

主 治 医 :

連 絡 先 : TEL

FAX

印

次の児について、貴県の先天性代謝異常等検査事業に係る検体(ろ紙血)を利用したいので、保護者の同意を付して、下記のとおり申請します。

なお、提供された検体から得られる情報を下記の目的以外には使用いたしません。

記

受 検 児 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生まれ 性別 : 男 ・ 女
母 氏 名	
住 所	
出生医療機関	(所在市町村名 )
利 用 目 的	
検体の送付先	所 在 地 : 〒 機 関 名 : 連 絡 先 : TEL FAX 担 当 者 名 :

◎申請にあたっては、保護者の同意書を必ず添付してください。

◎申請書の送付先 〒700-8570 岡山市北区内山下 2-4-6

岡山県保健医療部健康推進課 母子・歯科保健班あて

