

先天性代謝異常等検査申込書・承諾書

平成 年 月 日

大阪市長 あて
出産医療機関 院長 様

「保護者の皆様へ」を読み、説明を受け、検査の趣旨・内容について了解しましたので、平成 年 月 日 生まれの(母親名) _____ の子ども(男・女) に対し、先天性代謝異常等検査を実施して下さるよう申し込みます。

医療機関名 : _____

フリガナ
(保護者)氏名 : _____
(自署もしくは記名押印)

(保護者)住所 : 〒 _____

電話番号 : () _____

～里帰り出産等で上記住所と異なる場合の連絡先～

連絡先住所 : 〒 _____

電話番号 : () _____

検査済み検体の研究利用承諾書

検査終了後の検体は、大阪市で一定期間保存します。
この期間中に、検査で残った乾燥血液ろ紙検体を、所定の匿名化処理を行った上で、検査法の改良や新たな検査法の開発のために利用することを承諾いたします。

(承諾する ・ 承諾しない)