

拡大マスクリーニング 検査セット 依頼書

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

新生児マスクリーニング検査室

Tel/FAX 0725-57-4103（直通）

医療機関名：
医療機関コード：
送付部署・担当者様：

依頼品名	必要部数
拡大新生児マスクリーニング検査 専用承諾（同意）書兼申込書	
拡大新生児マスクリーニング検査 専用検体濾紙（桃色）	
拡大新生児マスクリーニング検査 専用封筒（黄色）	
拡大新生児マスクリーニング検査 検査説明用リーフレット	
備考	

※ 必要な依頼品名に必要部数を記入してください。

※ 配送希望日などありましたら備考欄にご記入ください。（日数は 2 週間程度の余裕をもってご依頼ください）

※ 依頼書は必要事項を記入し、FAX または郵送でお願いします。

公費マスの検査セットは従来通り、地区の医師会、保健センターへご依頼ください。