

확대 신생아 스크리닝 검사 신청서 겸 동의서

수신자 이름 : 오카야마 확대 신생아 스크리닝 추진 협회
오카야마현지사, 오카야마시장

“확대 신생아 스크리닝 검사 설명서”를 보고 검사에 대해 잘 이해하였으므로 검사를 신청합니다.

“선천성대사이상등검사 사업”에서 채혈한 검체를 이 검사에서 사용하는 것에 동의합니다. 또한, 검사(SCID, SMA)로 얻은 실증데이터가 어린이가정청 및 어린이가정청 연구팀에게 제공되는 것에 대해 동의합니다.

동의·검사신청 날짜	년 월 일
신청자 (보호자) 이름	
아기 엄마이름	다태아인 경우 엄마이름 뒤에 몇 명째인지 숫자를 적어 주세요.
아기 생년월일	년 월 일
연락처 전화번호 (확실히 연락이 되는 번호)	
의료기관 이름	

※검사신청 시 취득한 개인정보는 검사 및 동의한 실증 사업 외에는 이 용되지 않습니다. 그리고 등록된 개인정보는 엄중히 관리됩니다.

확대 신생아 스크리닝 검사 신청서 겸 동의서

수신자 이름 : 오카야마 확대 신생아 스크리닝 추진 협회
오카야마현지사, 오카야마시장

“확대 신생아 스크리닝 검사 설명서”를 보고 검사에 대해 잘 이해하였으므로 검사를 신청합니다.

“선천성대사이상등검사 사업”에서 채혈한 검체를 이 검사에서 사용하는 것에 동의합니다. 또한, 검사(SCID, SMA)로 얻은 실증데이터가 어린이가정청 및 어린이가정청 연구팀에게 제공되는 것에 대해 동의합니다.

동의·검사신청 날짜	년 월 일
신청자 (보호자) 이름	
아기 엄마이름	다태아인 경우 엄마이름 뒤에 몇 명째인지 숫자를 적어 주세요.
아기 생년월일	년 월 일
연락처 전화번호 (확실히 연락이 되는 번호)	
의료기관 이름	

※검사신청 시 취득한 개인정보는 검사 및 동의한 실증 사업 외에는 이 용되지 않습니다. 그리고 등록된 개인정보는 엄중히 관리됩니다.