

新生儿追加筛查检查申请表兼同意书(免费)

致 岡山新生儿追加筛查推进协会

岡山县知事、岡山市市长 阁下

本人已阅读了《新生儿追加筛查检查说明书》，并理解了有关SMA和SCID、BCD检查的说明，因此希望申请该检查。

本人同意在“遗传性代谢病等检查项目”中采集的血液样本用于本次检查。此外，还同意将SMA和SCID检查过程中所得数据提供给儿童家庭厅以及儿童家庭厅研究小组。

同意及检查申请日期	(阳历) 年 月 日
申请人(监护人) 姓名	
婴儿母亲姓名	如为多胞胎,请在母亲姓名后面用数字标注第几胎
婴儿出生日期	年 月 日
联系地址(确保能联系到的地址)	住所
	电话号码
医疗机构名称	

※在申请检查时获取的个人信息将仅用于检查以及对试点项目表示同意之目的,不会用于其他用途。此外,我们将严格管理您提供的个人信息。

新生儿追加筛查检查申请表兼同意书(免费)

致 岡山新生儿追加筛查推进协会

岡山县知事、岡山市市长 阁下

本人已阅读了《新生儿追加筛查检查说明书》，并理解了有关SMA和SCID、BCD检查的说明，因此希望申请该检查。

本人同意在“遗传性代谢病等检查项目”中采集的血液样本用于本次检查。此外，还同意将SMA和SCID检查过程中所得数据提供给儿童家庭厅以及儿童家庭厅研究小组。

同意及检查申请日期	(阳历) 年 月 日
申请人(监护人) 姓名	
婴儿母亲姓名	如为多胞胎,请在母亲姓名后面用数字标注第几胎
婴儿出生日期	年 月 日
联系地址(确保能联系到的地址)	住所
	电话号码
医疗机构名称	

※在申请检查时获取的个人信息将仅用于检查以及对试点项目表示同意之目的,不会用于其他用途。此外,我们将严格管理您提供的个人信息。