**新生児聴覚スクリーニング　申込書兼同意書**

私は、新生児聴覚スクリーニングについての説明を受け、私の子どもについて検査を実施することを

**希望します　　・　　希望しません**

（いずれかに○印を付けて下さい）

なお、検査の結果リファー（要再検査）となった場合は、「三重県新生児・小児聴覚検査情報データベースシステム」に情報登録のうえ、三重県、居住地の市・町、医療機関及び療育機関がインターネット上で情報共有を行うことに同意します。（※）

保護者氏名

赤ちゃんとの続柄（　　　　）

住　所

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号またはメールアドレス）

（※）

・　検査結果がリファー（要再検査）でなかった場合は、「三重県新生児・小児聴覚検査情報データベースシステム」への登録は行いません。

・　検査結果がリファー（要再検査）であった場合に、「三重県新生児・小児聴覚検査情報データベースシステム」への登録を希望されない場合は、その旨を申出いただければ登録を行いません。