

(医療機関宛説明書)

## 医療機関 担当者 様

本市の住民が、貴院での新生児聴覚検査を希望しております。

本市基準額の範囲内で、検査料を補助したいと思いますので、貴院の様式の領収書（新生児聴覚検査の金額がわかるもの）を受診者にお渡しいただきますようお願いいたします。

また、本市様式新生児聴覚検査受診票に結果を御記入いただき、「下松市分」を受診者にお渡しください。

お手数をおかけいたしますが、よろしく願いいたします。

御不明の点がありましたら、下記に御連絡ください。

**下松市健康増進課（下松市保健センター内）**

〒744-0025 山口県下松市中央町2 1-1 (Tel 0833-41-1234)