様式第４号

療育機関　⇒　市町村

 　 　 　　年　　　月　　　日

長　　様

（母子保健担当課宛）

（療育機関名）

所在地

機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

**新生児聴覚検査 療育指導報告書**

　下記乳児の療育指導を開始しましたので報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）乳児氏名 |  | 男・女 | 　　　年　　　月　　　日生 |
| 乳児の住民票住所 |  |
| 療育開始年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　状　況（今後の療育方針、保護者の状態、支援の必要性、特記事項等を記載） |
| 　市町村への依頼事項 |
|  療育担当者 |  |