

池田市用

医療機関コード番号 No.

新生児聴覚検査請求書

請求金額 金 円

ただし、 年 月分 件

自動ABR検査	件	円
OAE検査	件	円
合計	件	円

上記の通り請求します。

年 月 日

池田市長 様

医療機関 所在地 〒

名称
代表者氏名
電話

印

※池田市への初回請求又は代表者、振込先等変更の場合は
口座振込依頼書を送付しますので、下記までご連絡ください。
池田市 子ども・健康部 子ども未来課 電話:072-754-6034

池田市用

医療機関コード番号 No.

新生児聴覚検査請求書

請求金額 金 円

ただし、 年 月分 件

自動ABR検査	件	円
OAE検査	件	円
合計	件	円

上記の通り請求します。

年 月 日

池田市長 様

医療機関 所在地 〒

名称
代表者氏名
電話

印

※池田市への初回請求又は代表者、振込先等変更の場合は
口座振込依頼書を送付しますので、下記までご連絡ください。
池田市 子ども・健康部 子ども未来課 電話:072-754-6034