

胎児心臓超音波検査専門施設の申請書

申請者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

当施設は、胎児心エコー検査ガイドラインにあるレベル 2 の検査を

\_\_\_\_\_年 1 月 1 日から 12 月 31 日までに \_\_\_\_\_ 例施行したので

胎児心臓病検査専門施設の申請を行います。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日