

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