

新生兒聽力篩檢預約確認轉介單回函未收到名冊

列印日期：____年____月____日

專責轉介醫院：

接生單位（代碼）	個案姓名	母親身份證號	出生日期	電	話	聽篩日期	預約確認日期	備	註
----------	------	--------	------	---	---	------	--------	---	---

審核者簽名：_____