

# 新生兒聽力篩檢確認報告單未收到名冊

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	確認轉介單	確認報到	轉介公衛	備	註
						回函日期	日期	日期			

---

---

審核者簽名：\_\_\_\_\_