

様式第 1 号 (第 3 条関係)

五霞町妊娠届出書

母子健康手帳交付【NO. \_\_\_\_\_】

ふりがな		個人番号	
妊婦氏名			
住 所	五霞町	生年月日	年 月 日 ( 歳)
電話番号		職 業	
夫の氏名		生年月日	年 月 日
出産予定日 現在の妊娠週数	年 月 日 ( ) 週	出産回数	初産・経産 ( 回)
妊娠の診断, 保健指導を受けた医療機関または助産師名			
今回の妊娠で 受けた検査	性病に関する健康診断	受けた ・ 受けていない	
	結核に関する健康診断	受けた ・ 受けていない	
<p>五霞町母子健康手帳交付要綱 (平成 27 年五霞町告示第 91 号) 第 3 条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>続 柄 _____</p> <p>五霞町長 _____ 様</p>			

備考 対象者でない場合は, 委任状を添付してください。

【事務担当者記入欄 窓口対応者 \_\_\_\_\_】