

妊娠届出書

受付者印

--

吉川市5年保管

※母子健康手帳交付番号 第 号

フリガナ				世帯主名	
妊婦氏名				夫の氏名	(歳)
年 齢	歳	職業		※※国籍	
	(年 月 日生)			※※外国人登録地	市町村
居 住 地	(方 荘)			妊娠週数	第 週
				(妊娠月数)	(第 月)
	電話番号()			分娩予定日	平成 年 月 日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無				受 け た ・ 受 け て い な い	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無				受 け た ・ 受 け て い な い	
診断または保健指導を受けたときはその医師・助産氏名					
妊 娠 回 数				初 回 ・ その他(回)	
上記届出をいたします					
平成 年 月 日					
妊婦氏名					
(あて先)吉川市長					

※印は市町村長が記入すること

※※印は外国人のみ記入すること