妊　婦　健　康　診　査（他県での受診）申　込　書

篠栗町長　　殿

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>現　住　所</td><td colspan="3">〒
篠栗町大字
ＴＥＬ（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>妊　婦　氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>母子手帳番号</td><td></td><td>出産予定日</td><td>年　　月　　日予定</td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在先（帰省先）</td><td colspan="3">〒
ＴＥＬ　（　　）　　－
様方　　携帯電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受診場所</td><td>医療機関名
（助産所名）
医師名（助産師名）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所
連　絡　先</td><td colspan="3">〒
ＴＥＬ　（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>事務連絡担当者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">県外で使用する
補助券の内容</td><td colspan="3">① 基本健診（　　）回
② 基本健診＋妊娠初期血液検査（　　）回
③ 基本健診＋貧血検査（　　）回
④ 基本健診＋クラミジア検査（　　）回
⑤ 基本健診＋超音波検査＋貧血・血糖検査（　　）回
⑥ 基本健診＋GBS 検査（　　）回
⑦ 基本健診＋超音波検査（　　）回</td></tr>
<tr><td colspan="2">受　診　期　間</td><td colspan="3">年　　月　　日　から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">申込みの理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記の申込みについて、ご配慮くださいますようお願いいたします。

年　　月　　日

申請者（代理人）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿