妊　婦　健　康　診　査（他県での受診）申　込　書

篠栗町長　　殿

受診者	現　住　所	〒 篠栗町大字 ＴＥＬ（　　）　－			
	妊　婦　氏　名		生年月日	年　月　日生	
	母子手帳番号		出産予定日	年　月　日予定	
滞在先（帰省先）		〒 ＴＥＬ　（　　）　－ 様方　携帯電話（　　）　－			
受診場所	医療機関名 （助産所名） 医師名（助産師名）				
	住　所 連　絡　先	〒 ＴＥＬ　（　　）　－			
	事務連絡担当者名				
県外で使用する補助券の内容		① 基本健診　（　）回 ② 基本健診＋妊娠初期血液検査＋超音波検査　（　）回 ③ 基本健診＋超音波検査　（　）回 ④ 基本健診＋貧血検査　（　）回 ⑤ 基本健診＋超音波検査＋貧血検査＋血糖検査　（　）回 ⑥ 基本健診＋クラミジア検査　（　）回 ⑦ 基本健診＋ＧＢＳ検査　（　）回 ⑧ 子宮頸がん検診　（　）回			
受　診　期　間		年　月　日　から 年　月　日まで			
申込みの理由					

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿