

妊 娠 届 出 書

母子健康手帳 番 号	44 -								
妊 婦 氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日		勤務先名称					
				個人番号					
子の父の氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日		勤務先名称					
国 籍 (外国人のみ)									
現 住 所 (居住地)	棚倉町大字 字			連絡がとれる 電 話 番 号	- -				
最終月経	令和 年 月 日		分娩予定日	令和 年 月 日					
妊娠週数	ヶ月 週 日		妊娠の診断を受 けた医療機関名						
性病に関する 健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 け て い な い		結核に関する 健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 け て い な い					
妊娠回数	回目		県外での里帰り 出産予定の有無	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 分からない (検討中) <input type="checkbox"/> な し					

上記のとおり届出をいたします。

令和 年 月 日

棚倉町長

届出者氏名