

オンラインを利用した妊婦相談(母子健康手帳交付)申請書

【申請者記載欄】太枠の中を記載してください。

申請者(母子健康手帳交付者)氏名	
出産予定日	令和 年 月 日
申請者住所	佐世保市
里帰り先住所 (里帰りされている方はご記入ください)	
連絡先 (日中、連絡がつく連絡先をご記入ください)	
メールアドレス	
同封するもの確認欄※	<input type="checkbox"/> 妊娠届出書 <input type="checkbox"/> 個人番号および身元確認書類コピー
備考	

※妊娠届出書を同封して本申請書を下記へ送付してください。



〈お問い合わせ・申請書の送付先〉

〒857-0042

佐世保市高砂町5-1 中央保健福祉センター4F

佐世保市すこやか子どもセンター 子ども保健グループ

TEL 0956-24-1111(内:5451~5457)

●以下の欄は記載しないでください

【職員記入欄】

妊婦相談日時	済(月 日) / 時 分	担当者	
招待メール送信	済(月 日)	担当者	
母子健康手帳郵送	済(月 日)	担当者	

