

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

※妊娠届出書を同封して本申請書を子ども保健課へ送付してください

※オンラインシステム日程調整等に時間がかかる場合があるため申請直後の日程の対応はできませんのでご了承ください。余裕も持った日時希望を記載されてください。

【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			
オンライン妊婦相談(母子健康手帳交 付)希望日時 ※申請直後の日程の対応はできません。余裕を持った 希望日をご記入ください	※裏面にオンライン妊婦相談(母子健康手帳交付)日程を記載しております。その中から選んで 記載されてください。毎月第2・4月曜日 9時30分～11時		
	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分頃
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分頃
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分頃
<input type="checkbox"/> 特に希望なし(子ども保健課との調整日時でOK)			
確認欄	<input type="checkbox"/> 妊娠届出書を同封した		
備考			

●以下の欄は記載しないでください

【子ども保健課欄】

メールアドレス登録	済 (月 日)	担当者	
妊婦相談日時	済 (月 日) / 時 分	担当者	
申請者への連絡	済 (月 日)	担当者	
案内メール送信	済 (月 日)	担当者	
母子健康手帳郵送	済 (月 日)	担当者	



※裏面にオンライン妊婦相談(母子健康手帳交付)日程を記載しております。



<オンライン妊婦相談> 受付時間9：30～11：00 第2・4月曜

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
10	8	12	10	14	11		13	11			11
24	22	26	24	28	25	23	27	25	22	26	25

※上記以外の日程をご希望の場合は子ども保健課へご相談ください。

お問合せ・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 子ども未来部 子ども保健課

TEL 0956-24-1111 (内：5450～5454)