**妊　娠　届（長洲町）**※太枠内を記入してください。

母子健康手帳

交付番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 妊婦氏名 |  | 行政区 |  |
| 職業 |  |
| 住　所 | 〒869-　　　熊本県長洲町大字 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産予定年月日 | 年　　　月　　　日 | 妊娠週数 | 満　　　週（第　　　月） | 電話番号 |  |
| 性病に関する健康診断（血液検査） | 受けた　・　受けていない | 結核に関する健康診断 | 受けた　・　受けていない |
| 医師又は助産師の診断又は保健指導の有無 | 受けた　・　受けていない |
| 診断した医師又は助産師 | 施設名所在地　〒氏　名 |
| 上記のとおり届出をします。　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日長 洲 町 長　　様妊婦氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代理氏名）（自署または記名押印）　　　 |

|  |
| --- |
| ≪委任状≫　　　年　　 月　　 日私は、下記の者を代理人と定め、妊娠届出書の申請に関することについて委任します。（代理人）住　　所：氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（妊婦本人との関係：　　　　　）生年月日：Ｓ・Ｈ　　　 年 　　月　　 日（委任者）住　　所：氏　　名：生年月日：Ｓ・Ｈ　　 　年　 　月　　 日  |

|  |
| --- |
| □住基の確認□転出または転居の予定：なし・あり（変更先：　　　　　　　　　　　　　　）時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［交付：　　　　　　］ |

**☜　長洲町の母子健康手帳交付のご案内はこちら！**

交付日や、持参する物などの情報が掲載されています。事前にご確認ください。

長洲町保健センター　すこやか館　℡：0968-78-7171