**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