

妊婦情報事前登録届出書【ママ・安心サポート119】

様 似 町 長 様

年 月 日

(届出者)

住 所 _____

氏 名 _____

次のとおり、届出いたします。

登録者情報 ・現住所 ・里帰り先	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
連絡先	本 人	(携帯) (自宅)
	緊急連絡先	(氏名) (続柄) 連絡先(携帯・職場)
		(氏名) (続柄) 連絡先(携帯・職場)
妊婦情報	出産予定日	年 月 日
	出 産 経 歴	☐ 初産婦 ☐ 経産婦(今回第 子) 前回の出産状況()
医療機関	出産予定病院	
	電 話 番 号	
	担当医師名	
備考		

※届出者と太枠内を記入し、保健福祉センターまでご持参ください。

※担当医師が未定の場合、「未定」と記入し、担当医師が決まり次第下記へご連絡ください。また、
 担当医師が出張医の場合は「出張医」とご記入ください。

※転居、町外転出や出産された場合は登録の変更・削除をいたしますので、下記へご連絡ください。

※妊婦事前登録者情報につきましては、ママ・安心サポート119以外には使用いたしません。

【お問い合わせ】様似町役場保健福祉課保健推進係まで（Tel36-5511）

処理状況	
消防提出	☐
登録カード送付済	☐

町受付欄	消防署受付欄