

様式第2号(第8条関係)

健康診査受診申請書

申請年月日 年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住所  
氏名 ㊟  
個人番号  
電話番号( )

嬉野市妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱第8条の規定により、委託外医療機関等で、(妊婦・乳児)健康診査を受診したいので申請します。

1 受診者

(1) 氏名

(2) 生年月日 年 月 日生

(3) 住所(住民票に記載されている住所)

嬉野市

電話番号( )

(4) 居住地(受診時に居住する住所)

電話番号( )

(5) 出産予定日 年 月 日

2 受診予定委託外医療機関等名

所在地

電話番号( )

3 理由(委託医療機関で受診できない理由)