乳幼児健康診査等依頼申請書 兼 承諾書

令和　　年　　月　　日

貝塚市長 様

（申請者）　氏　名

受診者との続柄

乳幼児健康診査等の実施について下記市町村への依頼状の発行を申請いたします。
また、、実施した健康診査の予診票等が、依頼市より貝塚市へ提出されることに承諾します。

（1）	ふりがな 受診者氏名	男・女	生年月日：	平成 令和	年	月	日	歳 か月
（2）	ふりがな 受診者氏名	男・女	生年月日：	平成 令和	年	月	日	歳 か月
（3）	ふりがな 受診者氏名	男・女	生年月日：	平成 令和	年	月	日	歳 か月

保護者氏名

住　所（〒　　ー　　）

貝塚市　　電話番号

申請理由

- 長期滞在しているため（滞在先住所：　　）
- その他（　　）

依頼する健康診査名（該当するお子様の番号に〇をしてください）

- 4か月児健康診査　（ 1 ）・（ 2 ）・（ 3 ）
- 1歳7か月児健康診査　（ 1 ）・（ 2 ）・（ 3 ）
- 2歳6か月児歯科健康診査　（ 1 ）・（ 2 ）・（ 3 ）
- 3歳6か月児健康診査　（ 1 ）・（ 2 ）・（ 3 ）
- その他（　　）　（ 1 ）・（ 2 ）・（ 3 ）

依頼先（市町村名・病院名・担当者名）

連 絡 先　　連絡可能な時間帯（　　：　　～　　：　　）

電話番号

申請書受付者サイン　（　　）	住基確認　□
依頼状受け渡し者サイン　（　　／　　：　　）	

□健推→□母子→□乳幼児健診→□乳幼児健診依頼　　2019.5