

乳幼児健康診査等依頼申請書 兼 承諾書

令和 元 年 5 月 10 日

貝塚市長 様

(申請者) 氏 名 大阪 花子

受診者との続柄 母

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 おおさか いちろう 受診者氏名 大阪 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日: 平成 元 年 5 月 1 日 令和	0 歳 0 か月
(2)	ふりがな 受診者氏名	男 ・ 女	生年月日: 平成 年 月 日 令和	歳 か月
(3)	ふりがな 受診者氏名	男 ・ 女	生年月日: 平成 年 月 日 令和	歳 か月
保護者氏名 大阪 花子				
住 所 (〒 590 - 0072) 貝塚市 島中1-18-8 電話番号 072-433-7000				
申請理由 <input checked="" type="radio"/> 長期滞在しているため(滞在先住所: <input type="radio"/> 県◆◆市△△町 1-18-8号 貝塚様方) ・ その他()				
依頼する健康診査名(該当するお子様の番号に○をしてください)				
<input checked="" type="radio"/> 4か月児健康診査 <input checked="" type="radio"/> (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) <input type="radio"/> 県◆◆市				
連絡先 連絡可能な時間帯(AM11:00~PM5:00) 電話番号 <input type="text"/> ○○○-○○○○-○○○○				

申請書受付者サイン	ここは記入不要です	住基確認 <input type="checkbox"/>
依頼状受け渡し者サイン		