

乳児精密健康診査受診申出書

(No.)

乳 児 氏 名		生 年 月 日 年 月 日
居 住 地		世帯主氏名
申 出 理 由		希望する委託医療機関名

上記により乳児精密健康診査の受診の申出をします。

 年 月 日

申出者氏名

小 林 市 長 殿

- (注)
1. 乳児精密健康診査のうち該当するものを○で囲んでください。
 2. 申出者は必要事項を記入し、母子健康手帳を添えて申出ください。
 3. 市町村長は、この票を受理したら、精密健康診査を要するものであることを確認のうえ、受診票を申出者に交付してください。
 4. 受診票交付に際しては、できるだけ母子健康手帳に受診票交付を記入してください。