

様式第1号(第6条関係)

母乳・育児相談事業利用申請書

年 月 日

新見市長 様

申請者 住所 新見市  
氏名 (押印不要)  
(利用者との関係 )  
電話番号

新見市母乳・育児相談事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

産 婦 名		生年月日(年齢)	年 月 日(歳)	
新生児・ 乳児名	(男・女)	出生年月日	年 月 日	
保護者名		生年月日(年齢)	年 月 日(歳)	
母子健康手帳交付番 号		出 生 時 体 重	g	第 子
出産施設名				
申 請 理 由	1 乳房管理、授乳等の育児指導 2 新生児・乳児の体重増加不良 3 その他(その他、必要とする保健指導等—具体的に記入してください。)			
※ 備 考 (母子の状態等)				
※申請書受付年月日	年 月 日			
母乳・育児相談 等事業実施医療機 関	名			

- (注) 1 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。  
2 申請者印が無い場合は、本人確認ができるものを添付すれば、申請を受け付けることとします。  
3 産婦が未成年の場合は、保護者(夫または両親等)の氏名を記入してください。  
4 ※印欄は、記入しないでください。