

総社市長 様

妊娠届出書

母子保健法第15条の規定により、下記のとおり届出いたします。

		届出年月日	年 月 日
ふりがな		生年月日	年齢
妊婦氏名		S 年 月 日 H	歳
住所	総社市 コーポ・マンション名・部屋番号:		
住民票と異なる場合は居住地			
電話		携帯	
マイナンバー※		※平成28年1月1日以降妊娠届出する方はお手元の通知書のマイナンバー(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号)を記載してください。	
出産経験	初産 ・ 経産(人目)	職業	
出産予定日	年 月 日	届出時の妊娠週数	週
妊娠の診断の有無	医療機関名又は助産所名 受けた () ・ 受けていない		
今回の妊娠で性病に関する健診を受けましたか。	有 ・ 無		
1年以内に結核に関する健診(胸部X線)を受けましたか。	有 ・ 無		
妊婦健診を県外医療機関で受診する予定がありますか。	有 ・ 無		
代理人記入欄	氏名	住所	続柄
			連絡先: TEL

届出窓口 1 総社市役所こども課 TEL 92-8261(総社市中央一丁目1番1号)

※妊娠に関する相談はこども課保健師まで (受付:月~金 8時30分~17時15分)

2 北出張所 TEL 95-8706(総社市見延638)

3 西出張所 TEL 96-0420(総社市新本7743)

4 昭和出張所 TEL 99-1101(総社市美袋1915-1)

5 山手出張所 TEL 92-1241(総社市地頭片山17-1)

6 清音出張所 TEL 94-0111(総社市清音軽部1135)

総社市使用欄

親子手帳番号		総社市 受付印
入力年月日		
入力者氏名		