

※ 太枠の中を記入してください。

厚 木 市 乳 児 健 康 診 査 依 頼 申 請 書

令和 年 月 日

厚 木 市 長

申請者(保護者)

住 所 厚木市

氏 名

電話番号

次の者が、厚木市乳児健康診査を受けたいので申請します。

ふりがな		生年月日
健康診査の対象者氏名 (お子さまの名前)		令和 年 月 日
健康診査の対象者住所 該当する方に☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者)と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は、以下に記入願います。 〒 - Tel () -	
滞在先等住所	〒 - ()方 Tel () -	
受診を予定している医療機関	名称	
	所在地	〒 - Tel () -
申請理由		
依頼期間	厚木市が受診を認めた日から 令和 年 月 日 まで	
健康診査の種類 該当するものに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 4か月児健康診査(生後4か月以上5か月未満まで)	
	<input type="checkbox"/> 8から9か月児健康診査(生後8か月以上10か月未満まで)	