

妊 娠 届 出 書

年 月 日

※太枠内のみご記入ください。

※マイナンバー制度の導入に伴い、個人番号（マイナンバー）の記載とそれに伴う本人確認が必要となります。

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)	
妊婦氏名					
居住地 (住民票のある所)	周防大島町大字			職 業	
※実際に住んでいる所が異なる場合 ()					
個人番号 (妊婦本人)					電話番号
妊娠週数	週		出産予定日	年 月 日	
医師又は 助産師の 診断	医療機関名 住所 医師・助産師氏名				
性病に関する 検査 血液検査	受けた 受けてない		結核に関する検査 1年以内の胸部レントゲン検査	受けた 受けてない	
母子保健法第15条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。					
				年 月 日	
周防大島町長 様					
届出者氏名 _____					