

(見本)

# 訪問連絡票

こんにちは赤ちゃん事業

受付日 平成 年 月 日

保護者の名前	父		
	母		
ふりがな			
赤ちゃんの名前			
性別	男 ・ 女	出生順位	第 子
出生場所			
赤ちゃんの生年月日	平成	年	月 日
住所	朝日町		
母携帯番号	— —		
訪問者希望	保健師 ・ 助産師 ・ どちらでもよい		

\* 本票を訪問同意書として使用することをご了承ください。

\* 個人情報は、朝日町保健センターが管理保管するとともに、保健事業以外には使用しません。

朝日町保健センター