

様式第2号（第8条関係）

委託外医療機関等受診申出書

年 月 日

有 田 町 長 様

申請者 住所  
氏名 ④  
電話番号（ ）

有田町妊婦及び乳幼児健康診査実施要綱の規定により、委託外医療機関等で（妊婦・乳幼児）健康診査を受診したいので申し出ます。

1、受診者

- (1) 氏名（ ）
- (2) 生年月日 年 月 日
- (3) 住所（住民票に記載されている住所）  
有田町  
電話番号（ ）
- (4) 受診の際の居住地  
  
連絡先電話番号（ ）

- (5) 妊婦の場合 出産予定日  
年 月 日

2、委託医療機関で受診できない理由

3、受診する医療機関等の名称、所在地、連絡先