

高取町産後ケア事業利用申込書

年 月 日

高取町長 様

申込者：住所

氏名

(母との続柄：)

電話番号

高取町産後ケア事業実施要綱第4条の規定により申込みします。

母の氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所	高取町		
連絡先	— — 【 自宅/携帯電話(誰の:)】		
子の情報	性別： 男 ・ 女	出生体重：	g
	出生場所(医療機関名)：		
申込み理由	※当てはまるものに○をつけてください(複数可)。 1) 産後の身体回復に不安がある 2) 出産前後から精神的不安定さを感じている 3) 育児に対する不安がある 4) 産後の日常生活に支障がでている 5) その他：		
利用希望日	※訪問担当者調整の上、上記電話番号に連絡いたします。 ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。 希望日： 年 月 日頃 希望時間： 午前 ・ 午後 ・ 時頃		
同意事項	訪問担当者(助産師等)に、事業の実施に必要な情報が提供されること 及び訪問日の状況が高取町に報告されることに同意いただけますか。 ※当てはまるものに○をつけてください。 同意する ・ 同意しない		