

様式第 1 号（第 2 条関係）

妊 娠 届 出 書

年 月 日

（宛先）飯能市長
下記のとおり、届け出ます。

届出者 _____

ふりがな											分娩予定日	年 月 日		
妊婦氏名											妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)		
生年月日	年 月 日 (歳)										妊婦の職業			
個人番号												妊娠回数	回	
居 住 地											今までの 出産回数	回		
電話番号											世帯主氏名			
携帯電話番号											夫の氏名			
妊娠の診断・指導を受けた医療機関等の名称（医療機関名 及び医師氏名、助産師名）														
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無											受けた ・ 受けていない			
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無											受けた ・ 受けていない			
事務処理欄	* 母子健康手帳交付番号										** 国籍			
	第 号										** 外国人 登録地			

届出者は黒太枠の中をご記入ください。事務処理欄のうち*印は担当職員が、**印は外国人のみ記入すること。