

右の二次元コードからつくば市ホームページにアクセスし、いばらき電子申請にてお手続きしていただくこともできます。



年 月 日

つくば市長 宛て

フリガナ  
申請者氏名

### 県外乳児健康診査 受診申請書

乳児健康診査について、県外医療機関で受診を希望します。

※太枠の中に必要事項を御記入ください。

受診者情報	氏名			生年月日
	住所	〒 つくば市		年 月 日
	日中連絡の取れる連絡先	TEL ( )		
帰省先の住所・連絡先	〒			
受診予定医療機関	名称	(法人名) (病院名)		
	所在地	〒		
	連絡先	TEL ( )		
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> その他( )	受診予定日 ※上記医療機関で 最初に受診する日	年 月 日	