

長崎市産後ケア事業利用申込書

年 月 日

(あて先) 長崎市長

申込者
住所
氏名
(利用者との続柄：)
電話

長崎市産後ケア事業の利用を申し込みます。

利用者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	長崎市				
	電話番号					
	子の氏名		生年月日	年	月	日
	出産医療機関等		出生体重	g	出生週数	週 日

医療機関等との日程調整済み

※忘れないようにチェックして下さい。

ショートステイ (宿泊)	医療機関等の名称	
	利用予定日	年 月 日 ~ 年 月 日
デイケア (通所)	医療機関等の名称	
	利用予定日	年 月 日 年 月 日
アウトリーチ (訪問)	医療機関等の名称	
	利用予定日	年 月 日 年 月 日
利用履歴	<p>過去1年間に、産後ケアを利用されたことがありますか？(あてはまるものに☑) (※今回のお子様の分での利用に限る)</p> <p><input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> ショートステイ () 回 <input type="checkbox"/> デイケア () 回 <input type="checkbox"/> 訪問 () 回</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	