

様式第 1 号（第 4 条関係）

下呂市ママ・サポート 119 事前登録（変更）届出書

年 月 日

下呂市長 様

届出者 住 所 下呂市
氏 名
連絡先

下呂市ママ・サポート 119 実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり届け出ます。

登録者 (妊婦情報)	住 所	☐ 届出者と同じ ☐ 上記以外（里帰り出産の場合に記入する） ()		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	本人連絡先	自宅 携帯		
	外国籍の場合	国籍： 日常使用する言語：		
	分娩予定日	年 月 日 予定（現在：妊娠 週）第 子		
家族等の 連絡先	緊急時に対応 できる家族	氏名： 携帯番号：	関係： その他連絡先：	
医療機関名 ※出産予定医療 機関と受診医療 機関が同一の場 合は、出産医療 機関のみ記入し てください。	【出産医療機関】 医療機関名： 住所： Tel - -			
	【受診医療機関】 医療機関名： 住所： Tel - -			
(主治医等からの指示事項)				
実施に当たり、関係職員に登録者の個人情報を提供することに同意します。 本事業を起因とする事故以外は、自己責任とし、市は、責任を負わないことに同意します。				
年 月 日 登録者氏名				

※市役所・消防本部使用欄

		登録番号	
①受付年月日	②情報提供日	③出産年月日 (利用： 有・無)	④抹消年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

届出書の流れ ①は届出書原本 ②以降は写しの届出書

①母子健康手帳担当課→②消防本部→③消防本部:利用の有無記入→④母子健康手帳担当課