

富山市産後ケア応援室 事前登録申請書・同意書

平成 年 月 日

(宛先)富山市長

本人 (母)	ふりがな		生年月日	昭和	年 月 日(歳)
	氏名			平成	
	住所	(〒 -)	里帰り先の住所	(〒 -)	電話 ()
	連絡先	自宅 () 携帯電話 ()	アレルギー	なし・あり ()	
	既往歴		内服薬		

子	ふりがな		(男・女)	生年月日 (予定日)	平成 年 月 日(か月)	
	名前		第 子			
	出産した 病院(※1)			妊娠期間(※1)	週 日	
				出生体重(※1)		
健康状態(※1)						

※1 お子さんがお生まれになっている方のみ、ご記入ください。

緊急連絡先	氏名		本人(母)との関係	
	住所		連絡先	

家族構成	夫・子(人)・実父・実母・義父・義母・その他()
------	----------------------------

利用を希望する時期	出産退院後すぐ・退院後1週間以内・退院後1ヵ月以内・退院後1ヵ月以降
-----------	------------------------------------

お母さんの 身体、育児で 心配なこと	
--------------------------	--

※2 利用する日が決まっている方は、利用希望日時を記入ください。
ただし、部屋の空き状況に応じて、調整させていただくことがあります。

種別	利用希望日	開始時刻	終了時刻
宿泊	年 月 日 ~ 月 日(泊 日)	:	:
	年 月 日 ~ 月 日(泊 日)	:	:
デイケア	年 月 日	:	:
	年 月 日	:	:

(裏面へ)

