

# 五泉市出産サポート登録届出書

年 月 日

五泉市長 様

(届出者)

住 所

氏 名

妊婦との関係  
( )

次のとおり届出ます。事業実施にあたり、関係職員に登録者届出書の個人情報を提供することに同意します。また本事業を起因とする事故以外は自己責任とし、市及び消防本部は責任を負わない事に同意します。

登録番号	—
登録妊婦氏名	フリガナ
	氏 名
生年月日	年 月 日 ( 歳)
出産予定日	年 月 日予定 第 子 (登録時：妊娠 ヶ月 週)
登録者住所  市外の方が登録する場合は、里帰り先が五泉市の場合に登録できます。	(登録者住所)  ☎ — —
	(里帰り住所)  ☎ — ( — 方)
電話番号 (緊急連絡先)	本人： — —
	家族： — — 氏名： 続柄：
	その他： — — 氏名： 続柄：
医療機関名	(出産予定医療機関) 医療機関名：
	住所：  ☎ — —
特記事項 医師からの指示事項	

※太枠内を記入してください。

※搬送先の医療機関は出産医療機関となりますが、出産医療機関と連絡を取り、搬送先が変更になる場合があります。

※登録いただいた個人情報は本事業以外に使用しません。

※登録した情報に変更がある場合は、必ず五泉市こども家庭課までご連絡願います。

五泉市役所 こども家庭課 43-3911

五泉市消防本部 救急救助係 42-0119

-----  
処理欄

メール送付 月 日 AM ・ PM :

TEL 月 日 AM ・ PM :