

新ひだか町産後ケア事業利用申請書

利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所	新ひだか町 電話番号		
子の氏名		生年月日	年 月 日
申請理由 (該当するものすべてに☑してください)	<input type="checkbox"/> 乳房の手当てやトラブルについて相談したい <input type="checkbox"/> 産後の疲れがとれない <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 育児（授乳・抱っこ・泣きの対応など）について相談したい <input type="checkbox"/> その他（ ）		
上記のとおり、新ひだか町産後ケア事業の利用を申請し、次の事項について同意します。			
1. 新ひだか町が産後ケア事業を実施する医療機関に対し、本事業に必要な範囲内で利用者及び乳児の情報を提供すること			
2. 産後ケア事業を実施した医療機関が、新ひだか町へ本事業の実施結果を報告すること			
年 月 日			
申請者氏名 _____			
新ひだか町長 様			