

令和 年 月 日

乳幼児健康診査依頼書交付願

舞鶴市長

多々見 良三 様

申請者 住所 舞鶴市
氏名

下記の理由により、舞鶴市が実施する乳幼児健康診査を受診することができません。

ついては、下記滞在地において乳幼児健康診査の受診を希望しますので、滞在地に依頼していただきますようお願いいたします。

なお、滞在地で受診する乳幼児健康診査にかかる費用については、当方が負担いたします。

また、乳幼児健康診査の結果が舞鶴市に送付されることを了承いたします。

記

希望する乳幼児健康診査の種類	
現住所	〒 舞鶴市 (電話)
(ふりがな) 被受診者氏名	(男・女)
生年月日	平成・令和 年 月 日
保護者氏名	
滞在地	〒 様方 (電話)
依頼の理由	
滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
依頼書宛先	