

申請日 令和 年 月 日

乳幼児健康診査依頼書交付申請書

東京都武蔵野市長殿

武蔵野市以外での健康診査を希望しますので、下記のとおり乳幼児健康診査依頼書の交付を申請いたします。なお、受診を希望する市区町村の了解を得ています。

記

※は記入しないでください。

ふりがな 対象者氏名	男・女	対象年齢確認	※
生年月日	平成・令和 年 月 日	住登確認	※
住所	武蔵野市		
電話番号	() -		
保護者氏名	印		
滞在先の住所	〒 - 都・道・府・県 区・市・町・村 (様方)		
滞在先の電話番号	同上 ・ () -		
健診を希望する 区市町村名			
受診を希望する 健康診査種別	該当するものの□にレをつける。 <input type="checkbox"/> 3～4か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 3歳児健康診査		
依頼書の送付先	〈受診希望の区市町村〉 住所：〒 都・道・府・県 区・市・町・村 電話番号： 担当部署名：		
希望理由			