

令和 年 月 日

大阪市北区保健福祉センター所長 様

保護者 住所

電話

氏名

印

(受診者との続柄)

次の理由により、新生児訪問について他市で指導を希望しますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

なお、受診する市町村に対し必要な個人情報を伝えることについて同意します。

| | | |
|-----------|---------|-------------------|
| 受診者 | 住所 | 大阪市北区 |
| | 氏名 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 令和 年 月 日生 (歳 か月) |
| 訪問指導の種類 | 新生児訪問指導 | |
| 他市で受診する理由 | | |
| 滞在地住所・連絡先 | | |