

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、大阪市が実施する乳幼児健診を他市で受診しますので、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	年 月 日生 (歳 か月)
乳幼児健診の種類	3 か月児 ・ 1 歳 6 か月児 ・ 3 歳児 健診	
他市で受診する理由		
滞在地住所・連絡先		