

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
(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町村で受診しますので、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	令和 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	
他市町村で受診する理由		
滞在地住所・連絡先	〒 (_____ 様方)	