

年 月 日

新潟市長

申請者（保護者） 住所

氏名

電話番号 — —

乳幼児健康診査の実施について（申請）

下記により乳幼児健康診査を で受けたいので申請します。

記

健診種別 <small>（希望する健診に ○をつけてください）</small>	乳児（3か月）	乳児（10か月）	股関節検診
	1歳誕生歯科健診	1歳6か月児健診	3歳児健診
居住地住所 電話番号	都・道・府・県 市・区・町・村 — —		
ふりがな 対象者氏名			
生年月日	年 月 日生		
住民登録して いる住所	新潟市 区		
滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
滞在理由			