

米子市産後ケア事業利用予約票

年 月 日

米子市長 様

米子市産後ケア事業の利用を下記のとおり予約します。

申請者 (妊婦)	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 米子市			
	電話番号				
	分娩予定日	年 月 日			
	分娩予定医療機関				
	きょうだいの保育	必要 ・ 不要			
希望する 利用区分 施設	<input type="checkbox"/> デイケア				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ				
備考					
注意事項					
<p>1 空室状況等により、希望通りの利用ができない場合があります。</p> <p>2 妊娠中に申請はできません。また、この予約票では利用決定はできません。分娩後、できるだけ早く申請をしてください。</p>					