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 |  |
| 希望する利用区分施設 | □デイケア |  |
| □ショートステイ |  |
| 備考 |  |
| 注意事項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。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。 |