

# 新生児訪問依頼書

泉佐野市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

下記の理由により依頼書の交付を申請します。

尚、新生児訪問を受けるにあたっては、受け入れ市町村の実施方法によることを承諾します。

訪問結果についても、泉佐野市が結果を把握することに同意します。

## 記

1、 依頼内容 新生児訪問

2、 受診者 住 所 \_\_\_\_\_

フリ ガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

3、 依頼理由

① 他市町村に新生児訪問対象期間居住しているため

居住先 住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

予定期間 \_\_\_\_\_

② その他 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_