

# 母子保健事業情報提供同意書

令和 年 月 日

泉佐野市こども家庭課長様

保護者 住 所

氏 名

電話番号

下記の通り母子保健法に基づく健康診査結果などの情報提供に同意します。

1. 対象者氏名 ( 年 月 日生 )

2. 情報提供先

3. 情報提供理由

① 他市町村に転出のため

転出先住所 : \_\_\_\_\_

② その他