

年 月 日

妊 娠 届

塩 竈 市 長 殿
多 賀 城 市 長 殿
七ヶ 浜 町 長 殿
松 島 町 長 殿
利 府 町 長 殿

届出人氏名

本人との続柄 ()

妊	ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	()	歳	
婦	出産予定日	年 月 日	職 業				
	妊娠週数	週	個人番号				
	住 所	TEL ()					

* 医師または助産師の診断又は保健指導を受けた方は下記をご記入ください。

医療機関名称 ・所在地		医師又は助産師名					
健康 診 査	性 病	受けた	・	受けていない			
	結 核	受けた	・	受けていない			

- 妊娠していることが分かったら、速やかに妊娠届を市町村長に提出し、母子健康手帳の交付を受けてください。
- この届出は母子保健法15条及び16条に基づき、母子健康手帳を交付して早期に必要な保健指導や健康診査を行い、母子保健の向上を図るために求められているもので、個人情報の保護には留意いたします。
- この届出にあたって、医師の妊娠証明書は必要ありません。