

低出生体重児 出生連絡票

提出方法		
窓口	土岐市保健センター	受付時間:月～金曜日(祝日は除く) 午前8時30分～午後5時15分
電話	0572-55-2010	
郵送	〒509-5142 土岐市泉町久尻47-16 土岐市保健センター行	
FAX	0572-53-0095	
メール	hoken@city.toki.lg.jp	

※FAX、メールの誤送信にお気をつけください。

※FAX、メールで提出いただいた場合、提出から1週間以内に保健師から電話連絡をさせていただきます。

保健師から電話連絡のない場合は、届いていない可能性がありますので、保健センターまでお問い合わせください。

(ふりがな) 児氏名		性別		お産のこと、お子さんの様子、心配なことや相談事など何でもご自由にお書き下さい。
生年月日	年	月	日生まれ	
出生場所 (医療機関名)				
出生体重	グラム			
妊娠週数	週	日		
(ふりがな) 保護者氏名				
住所	土岐市			
電話番号				
退院後の住所	自宅・里帰り先 (都道府県) (区市郡)			
	必ず連絡がつく電話番号:			

お問い合わせ先

土岐市保健センター

TEL 0572-55-2010

FAX 0572-53-0095