

さいたま市産婦健康診査実施証明書

年 月 日

(宛先) さいたま市長

(実施医療機関等) ※証明者の自署又は記名押印※
 郵便番号
 所在地
 名称
 代表者職・氏名
 電話番号

次の者について、次のとおり産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者

フリガナ 氏名 (自署)	-----	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	申請者の 現住所	〒 (電話番号 — —)	
	受診日 における住所	〒 さいたま市 区	

2 産婦健康診査実施年月日及び領収金額

	産婦健康診査 実施年月日	領収金額 (保険診療分を除く)
1		