様式第１号（第４条関係）

海津市産救サポート１１９事前登録届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　海津市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所　海津市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

海津市産救サポート１１９運用要綱第４条第１項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録者 | 住　所 | * 届出者と同じ * 上記以外（里帰り出産の場合）   （ |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　　歳） |
| 同意事項 | * 私（登録者）は、市長がこの届出書の写し及び私の出産の事実に関する情報を、海津市消防署や関係する医療機関へ送付し、提供することに同意します。 |
| 電話番号  （緊急連絡先） | 本　人 | 自宅　　　　　　　　　携帯 |
| 家族等 | 携帯　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　関係：  その他連絡先 |
| 妊婦情報 | 分娩予定日 | 年　　月　　日予定（現在：妊娠　　　週）第　　子 |
| 医療機関名  ※出産予定医療機関と受診医療機関が同一の場合は、出産医療機関のみ記入してください。 | 【出産医療機関】  医療機関名：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　-　　　　- | |
| 【受診医療機関】  医療機関名：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　-　　　　- | |
| **（主治医等からの指示事項）** | | |
| **実施に当たり、関係職員に登録者の個人情報を提供することに同意します。**  **本事業を起因とする事故以外は、自己責任とし、市等（消防署・医療機関等）は、責任を負わないことに同意します。**  **年　　　月　　　日　　　　届出者氏名** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市役所・消防署使用欄 | | 登録番号 |  | |
| 受付年月日（健康課） | 情報提供日（消防署） | 出産年月日 | | 抹消年月日 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 |