

産後ケア利用の申込み兼同意書

恵仁会 田中病院 令和 年 月 日

利 用 者	氏名	生年月日	年 月 日 (才)
	住所 (電話)		
	緊急連絡先 氏名	利用者との関係	
	住所 電話		
	乳児の氏名 (出生体重)	生年月日	
乳児の氏名 (出生体重)	生年月日		

利用日数：ショートステイ 泊
年 月 日 ~ 月 日
デイサービス
年 月 日

恵仁会 田中病院 産後ケアの利用にあたり、利用案内（お願い）の説明を受けた
利用に同意する

(署名)

重要：産後ケア事業以外で申し込まれる方は、申込み時に申し込み金1万円が必要です。