




令和	年	月	日交付 / No.
保護者の氏名： <small>ふりがな</small>			
子の氏名 <small>ふりがな</small> (第 子)			
生年月日：令和 年 月 日 性別：			

 茅ヶ崎市 親子健康手帳

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください

続柄	ふりがな 氏 名	生年月日(年齢)	職 業
子 の 保 護 者	母 (妊婦)	年 月 日生 (歳)	
	父	年 月 日生 (歳)	
		年 月 日生 (歳)	
居住地	電話		
	電話		
	電話		

出生届出済証明

子の氏名	男・女	
出生の場所	都道府県	市区町村
出生の年月日	年 月 日	
上記の者については 年 月 日 出生届出があつたことを証明する。		
市区町村長	印	

赤石やんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。