Pregnancy Notification Form

交付番号 47205 - 20 -

		Name		Aε	ge	Occupation/School	
Pregnant woman				ує	ears old		
Individual Number							
Address	Ginowan-shi						
Number of weeks/ months of pregnancy	weeks pregnant (months pregnant)						
Medical facility that diagnosed the pregnancy	Nam	e of the institution		Name of the doctor/midwife			
Sexually transmitte diseases test	:d	Done • No	up	check- for culosis		Done • No	
Accordi	ing to	o Article 15 of the Maternal ar	 nd Child He	ealth Act, Reiwa 令和		the information above. ear Month Day F 月 日	
	<u>Name</u>						
Mayor	of G	inowan City					

%Important points

- 1. In the row "Sexually transmitted diseases testing" and "Medical check-up for Tuberculosis", please specify whether or not the pregnant woman has completed each check-up for this pregnancy.
- 2. Please write the name of the doctor or midwife if she has been diagnosed or have received health guidance.

【職員確認欄】 ※必ず本人確認(番号確認、身元確認)を行い、該当する書類を選択してください。							
 (番号確認書類) □ 個人番号カード □ 通知カード □ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 □ 住基ネット、住民基本台帳の確認 ()個人番号の提供の拒否 ()個人番号カード、通知カードの紛失 ()個人番号カード、通知カードの不携帯 							
(身元確認書類) ※顔写真がない書類については、2種類必要となります。 □ 運転免許証 □ パスポート □ 公的医療保険の被保険者証 □ 年金手帳 □ 学生証							
□ その他(a control co)						