

葉酸サプリメント配布申出書

年 月 日

光市長 様

葉酸サプリメントの配布について、下記のとおり申し出ます。

記

申出者		<input type="checkbox"/> 申出日が妊娠届出日と同日であれば省略
(ふりがな) 氏 名		
利用者 ※1度の妊娠に1回利用可		<input type="checkbox"/> 申出日が妊娠届出日と同日であれば省略
氏 名	【いずれかに☑をお願いします】 <input type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> 申出者と異なる (名前： <small>ふりがな</small>)	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
住 所	光市	
電話番号		

【確認後☑をお願いします】

- 葉酸サプリメント摂取について、説明を聞きました。
- 葉酸サプリメント摂取は、上記利用者のみとします。また、葉酸サプリメントの譲渡、転売はしません。

上記内容に基づき、葉酸サプリメントを適切に利用することに同意します。

利用者氏名 _____

市記入欄	対応者：
配布内容 : <input type="checkbox"/> 葉酸サプリメント 75 日分×1	