

様式第 2 号 (第 4 条関係)

町外医療機関等での出産指示書

ふりがな			
妊婦氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
妊娠の状況	妊娠 週目		
特記事項			
<p>上記の妊婦は、当院で出産することが困難なため、町外の医療機関等での出産するよう、指示しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>遠軽町長 様</p> <p style="text-align: right;">遠軽厚生病院 産婦人科</p> <p style="text-align: right;">_____ 医師 ※署名又は記名押印</p>			

問合せ先 〒099-0403

紋別郡遠軽町1条通北1丁目1番地1 遠軽町保健福祉総合センター内

遠軽町役場 保健福祉課保健予防担当

電話 0158-42-4813