

別記様式第1号（第2条関係）

奈井江町陣痛タクシー事業事前登録申込書

年 月 日

奈井江町長 様

申込者 住所
氏名

連絡先

申込者の区分

1. 本人 2. 家族 3. その他（ ）

奈井江町陣痛タクシー事業の利用を希望するため、下記のとおり事前登録を申込みます。

記

フ リ ガ ナ 妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
出 産 予 定 日	年 月 日
出産予定医療機関等名	
個人情報の提供に関する同意	本事業の利用にあたり、奈井江町が受託事業者に対し、必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が奈井江町へ利用結果を報告することに同意します。 利用者氏名 _____