

母乳外来 受講申込書

フリガナ お母様の氏名	診察券番号	※
	生年月日	S. H. 年 月 日
ご出産日		
ご住所		
連絡先 TEL	ご自宅 ()	携帯電話 - -

※診察券をお持ちでない方は未記入で結構です。

- 希望日第3希望までご記入ください。

第1希望 : 月 日 (曜日)

第2希望 : 月 日 (曜日)

第3希望 : 月 日 (曜日)

- 現在どのようなお悩みがありますか?お悩みの内容についてご記入ください。

()

- 上にお子様がいるお母様にお尋ねします。

前は、 完全母乳でした 混合でした

前回何かおっぱいのトラブルはありましたか? ありました ありませんでした

トラブルのあった方にお尋ねします。それはどのようなトラブルでしたか?

()

当日は指導料として2,700円(税別)がかかります。

また、当日はお母様とお子様の保険証と、母乳外来受診申込書をお持ちください。

※受付窓口には保険証と母乳外来受講申込書をお出しください。

通信欄:何かありましたら、ご記入ください。

FAX番号 **042-551-6814** 4東病棟