

様式第4号(第5条関係)

初回産科受診結果報告書

南大隅町長 様

※医療機関において記入してください。

[illegible]

受診結果は上記のとおりであることを報告します。

令和 年 月 日

医療機関 住 所
名 称
診察担当医

(自署又は記名・押印)