

仙台市こども家庭保健課 行き
FAX送信の場合添書不要
毎週月曜日（月曜日が祝日の場合は翌日）10時〆切
FAX：022-214-8610
E-mail：kod006040@city.sendai.jp

仙台市産後ケア事業の受入予定票
（ 月 日現在）

判明している範囲の予定について、ご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日
（例）	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8
	×	×	○	×	×	×	×
月日	/	/	/	/	/	/	/
受け入れ可否							
月日	/	/	/	/	/	/	/
受け入れ可否							
月日	/	/	/	/	/	/	/
受け入れ可否							

〔伝達事項〕

医療機関名・担当者名 _____

※ 産後ケア事業の利用調整に必要ですので、1組も受入できない日がある場合に、判明している範囲の予定について、お知らせください。原則月曜日（月曜日が祝日の場合は翌日）午前10時までに、仙台市こども家庭保健課あてFAXまたはE-mailでお送りください。

※ ご提出後に予定が変更になった場合は、再度、仙台市こども家庭保健課までご連絡ください（本予定票を使用いただいて構いません）。