

※青色の点線に沿ってカットしてご利用ください

ふじみ野市

# 母子健康手帳



ふじみ野市

令和 年 月 日 交付No. \_\_\_\_\_

保護者の氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

子の氏名 \_\_\_\_\_ (第 子)

生年月日：令和 年 月 日 性別： \_\_\_\_\_



5 cm になっているかお確かめください。