

※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



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：				

0 1 2 3 4 5



5 cm になっているかお確かめください。