

※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



おこさまの写真など
を貼ってね

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。