

令和4年度

(八戸圏域連携中枢都市圏) 町村用

八戸市保健所 不妊専門相談「希望申込書」
(八戸圏域連携中枢都市圏事業)不妊専門相談を希望する方は、電話でお申し込みください。

なお、問診票の送付先を確認させていただくため「希望申込書」を郵送又はFAXでお送りいただく場合もあります。(詳細については、お問合せください)

八戸市保健所 すくすく親子健康課 行

(ふりがな) 相談者氏名	
住 所	〒 〒 ※事前に問診票を送ります。住所と送付先が異なる場合は、ご記入ください。
電話番号	自宅) _____ 携帯) _____ ※受付確認等のため後日連絡いたしますので、日中つながりやすい時間帯をご記入ください。 (時頃)
相談希望日	第1希望 : 月 日 第2希望 : 月 日

※このお申込み・お問合せの際に知り得た個人情報は、この事業以外の目的には使用いたしません。

<お問い合わせ・郵送先> 八戸市保健所 すくすく親子健康課 不妊専門相談担当
〒031-0011 八戸市田向三丁目6-1
専用電話 0178-38-0714 FAX 0178-38-0735