

令和 年 月 日

郡山市長 様
(郡山医師会経由)

医療機関名
所在地
電話番号
病院長名

乳幼児健康診査受託医療機関について (回答)

乳幼児健康診査の種類 * 希望する事業に○をお願いいたします

4か月児健康診査	
10か月児健康診査	
股関節脱臼二次検査	
視力二次検査	
玉川村10か月児健康診査	

* 受付日・時間

	受付時間	月	火	水	木	金	土	日
午前	～							
午後	～							

* 個別健診室

設ける	<input type="checkbox"/>	設けない	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	------	--------------------------