

※当院記入欄

里帰り分娩予約票

(転居による分娩も含む)

電話連絡日	令和 年 月 日	※当院へご連絡いただいた日にちです
フリガナ		
氏名		
分娩予定日	令和 年 月 日	
分娩回数	1) 初めての分娩 2) () 回目の分娩	
既往歴	帝王切開手術での出産経験 有 ・ 無	
備考		
現在お住まいの住所	〒	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳
連絡先TEL	☎	携帯
Email	@	
ご実家の住所	仙台市 区 () 様方	
ご実家のTEL		

里帰り分娩予約金誓約書

私は、セントマザークリニックでの分娩を希望します。分娩予約金として、以下の料金を納めます。

私は、下記の注意事項を了承しました。

分娩予約金 50,000円

産婦自署

印

分娩予約金は、こちらの「里帰り分娩予約票」を同封の上、現金書留にてご送金をお願いします。

- ※1 当予約金は、分娩費用の一部に充当いたします。
- ※2 ご都合により里帰りが不可能になった場合は、速やかにお知らせください。尚、ご返金の際には手数料（現金書留代）ご本人負担とさせていただきますのでご了承ください。
- ※3 本人のご都合により分娩施設変更またはご連絡のない場合、予約金の返金はできません。