

年 月 日

「赤ちゃんの駅」届出書

(あて先) 大野城市長

下記の施設を「赤ちゃんの駅」として届出ます。

店舗・施設等名称		
代 表 者		
店舗・施設等住所		
連絡先	担当者名 (電話番号)	担当者名： () -
	F A X	() -
	メールアドレス	
ホームページアドレス		http:// _____
		(地図等、所在地が明記されたページのアドレスをご記入ください。)
提供する事業の内容		1. 授乳の場 (人目を気にせず授乳できるスペース)
		2. おむつ替えの場 [設備：ベビーベッド・ベビーシート・その他 ()]
開設日 (開設時間)		(開設時間)
備 考		

●処理状況

処理日 (担当者)	(担当者)
配布枚数	
備 考	

■連絡と問い合わせ先 大野城市こども健康課 母子保健担当 ☎580-1978 (直通)