

印刷してお使いください。

申込記入欄（注文サイトと同じものを記載ください）

ふりがな			
申込人名			
住所			
TEL		MAIL	@
通信欄			

※足型の有効サイズに関して生後2週間以内のものでお願い致します。およそ8.5cm以内ですが万一入らない場合はご相談させていただきます。

※インクについて、足型採取後拭き取りやすい水性顔料系もしくは染料系の黒のインクスタンプ台等で足型をお取りください。水性顔料系が一番にじみません。
(墨液等にはにじむためお勧めしません)

※記載データ兼足型用紙の下に足型をお取りください。足型をとるにあたって、両足を揃える必要はありませんまた失敗した場合等別紙添付でも構いません。医療機関様で取られたものがございましたら、それを原寸モノクロコピーのものでも問題御座いません。背景にイラストや色がついている場合はカラーコピーをお願いします。
(原本は送らないでください。もし、足型の原本となるものをお送りになられても、その取り扱い、状態について、一切の責任を負うことはありません。)

※郵送の際、用紙をビニール袋等に入れて封入して頂くようお願い致します（雨対策）

スキャナで読みこみメール添付やFAXでの送付ご希望の方へ

足型を取った際、足型を囲むように四角形をできるだけ細かいシャープペンなどで書き長さを記載してください。到着後、縮小等されていないかこちらで確認致します。

例 縦15cm×横10cm

メール inhosp@popran.net

FAX 072-753-8487

下線で切り取ってお使いください

郵送先

563-0037

住所:大阪府池田市八王寺 1-2-26-101

有限会社ホスピス医療情報社 行

記載データ兼足型用紙

※はっきり判るようにお願い致します。

ふりがな			
母氏名		医療機関名	
ふりがな			
新生児名	男・女	生年月日	西暦 年 月 日
誕生時刻	24 時間表記 ;	体重/身長	g / cm
通信欄	※誕生時刻についてはこちらでAM/PMに変換させていただきます。12時は0時表記になります。 ※身長について、字数の都合上、小数点第1位までの記載になりますので第2位まで記載されてある場合は切捨てさせていただきますのでご了承ください。		