

エコープリント受付票

受付 月 日
お渡し 月 日 時

お名前 様

お電話番号

お預かりチェック

エコー写真 枚
(6枚まで)

赤ちゃんの写真 1枚

赤ちゃんのお名前

ふりがな

くん

漢字

ちゃん

・お誕生日

西暦

平成

年

月

日

・出生時間

午前

午後

時

分

・身長

cm

・星座

座

・体重

グラム

・血液型

型

パパ・ママからのメッセージ (40文字以内でお願いします)

※血液型など分からない場合、生まれた病院名などに置き換えることができます。

プリント枚数

枚