

# 特定保健指導 申込書

下記の必要事項をご記入いただき、当院までFAXにてお送りください。  
内容を確認の上、後ほど担当よりご連絡させていただきます。

フリガナ	
氏名	
ご連絡先 お電話番号	
健診受診日	年 月 日

## 初回面談実施日時

実施時間 月～金曜 9:30～17:00  
土曜 9:30～12:00 ※祝日は休み  
所要時間 20分程度

## 初回面談希望日

第一希望	年 月 日 ( )	時	分
第二希望	年 月 日 ( )	時	分
第三希望	年 月 日 ( )	時	分

## 備考

--

医療法人社団 和漢全人会  
花月クリニック

FAX : 0125-74-2520

〒073-1105

北海道樺戸郡新十津川町字花月 201-68

TEL : 0125-74-2021

担当 サービス推進室 保健師 寄谷 千春