

特定保健指導実施申込書

【参考】

※以下太枠内をご記入下さい。 申込日 平成 年 月 日

(事業所でお申し込みの方は★箇所を、個人でお申し込みの方は※箇所をご記入お願いします)

京都岡本記念病院健診センター 行

★※健康保険被保険者証の記号	★貴事業所名(支店・営業所名もご記入ください)		★ご担当者名
★事業所住所			★事業所電話
〒			★事業所FAX
※個人氏名(ふりがなつき)	※個人住所		※個人携帯・電話
★実施希望人数	名	実施は個別面接1名20分以上、グループ面接80分以上(8名以下)の実施となります。	
★※実施希望日	第1希望	平成 年 月 日 曜日 午後 時～ 時	実施時間希望帯よりお選びください。*具体的な日程は、後日ご相談させていただきます。
	第2希望	平成 年 月 日 曜日 午後 時～ 時	
	第3希望	平成 年 月 日 曜日 午後 時～ 時	
★※実施希望時間帯	平日の午後(土・日祝祭日をのぞく)		
★※実施場所(会場)			
健診機関名	京都岡本記念病院		★※健診受診日
			年 月 日

事業所でまとめてお申し込みの時は、この申込書に「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付し当健診センターへFAX送信または郵送にて送付して下さい。

【FAX】 0774-48-5612 【送付先】612-0034久御山町佐山西ノ口100番地

京都岡本記念病院 健診センター 行

- 資格喪失により被保険者等でなくなった場合等は受診ができなくなりますので、予めご了承ください。
- この申込書に記入された個人情報、特定保健指導を実施するために使用いたします。利用目的以外に使用することはありません。

以下は記入しないでください。

実施予定日時	平成 年 月 日 午後 時 分	
保健指導者名	(医師・保健師・管理栄養士)	