

特定保健指導利用希望報告

令和 年 月 日

医療機関名		電話番号	
		担当者	

メモ	
----	--

下記の方が特定保健指導を利用希望されましたので報告いたします。

	氏名	生年月日	保健指導レベル	特定健康診査 受診日	連絡可能時間
1		昭和 年 月 日	積極的支援 ・ 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号				
2		昭和 年 月 日	積極的支援 ・ 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号				
3		昭和 年 月 日	積極的支援 ・ 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号				
4		昭和 年 月 日	積極的支援 ・ 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号				
5		昭和 年 月 日	積極的支援 ・ 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	電話番号				

※送付する際、特定健康診査結果のコピーを必ず添付ください。

提出先	久留米市保健所健康推進課(健康増進チーム)		
	〒830-0022 久留米市城南町15番地5		
		受付日	