

**再開**

**FAX送信票**

令和 年 月 日

|           |            |
|-----------|------------|
| <b>件名</b> | 特定保健指導再開通知 |
|-----------|------------|

|            |   |
|------------|---|
| <b>送付先</b> | 久留米市保健所健康推進課(健康増進チーム)<br>FAX:0942-30-9833 |
|------------|---|

|            |  |
|------------|--|
| <b>発信元</b> |  |
|------------|--|

|           |  |
|-----------|--|
| <b>メモ</b> |  |
|-----------|--|

下記の方の特定保健指導継続を決定しました。

本人より連絡があったため保健指導を再開します。

| 受診券整理番号 | 特定保健指導再開年月日及び備考 |    |   |     |
|---------|-----------------|----|---|-----|
|         | 再開年月日           | 令和 | 年 | 月 日 |
|         | 備考              |    |   |     |
|         | 再開年月日           | 令和 | 年 | 月 日 |
|         | 備考              |    |   |     |
|         | 再開年月日           | 令和 | 年 | 月 日 |
|         | 備考              |    |   |     |
|         | 再開年月日           | 令和 | 年 | 月 日 |
|         | 備考              |    |   |     |
|         | 再開年月日           | 令和 | 年 | 月 日 |
|         | 備考              |    |   |     |