

脱落

FAX送信票

令和 年 月 日

件名	特定保健指導脱落通知
-----------	------------

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

発信元	
------------	--

メモ	
-----------	--

受診券(セット券)整理番号	特定保健指導脱落年月日及びその理由		
	脱落年月日	令和	年 月 日
	脱落理由	本人希望・連絡不通・資格喪失・その他()	
	脱落年月日	令和	年 月 日
	脱落理由	本人希望・連絡不通・資格喪失・その他()	
	脱落年月日	令和	年 月 日
	脱落理由	本人希望・連絡不通・資格喪失・その他()	
	脱落年月日	令和	年 月 日
	脱落理由	本人希望・連絡不通・資格喪失・その他()	