

日立メディカルセンター  
特定保健指導お申込み受付簿 (FAX 用)

希望日	月 日 ( )
時 間	( ) 9:00~10:20 ( ) 10:30~11:50 ( ) 13:30~14:50
氏 名	
健保名	
会社名	
電話番号	
健診受診日	

**受付 FAX 番号 : 0294-34-3718**

送信先

公益法人 日立メディカルセンター

〒316-0004 茨城県日立市東多賀町 5-1-1

電話 : 0294-34-2105 (受付 8:30~17:00)