

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	年 月 日（ ）
時 間	（ ） 13：30～14：50 （ ） 15：00～16：20
氏 名	
健 保 名	
会 社 名	
電 話 番 号	
健 診 受 診 日	

受付FAX番号：0294-26-0323

送信先：公益財団法人 日立メディカルセンター

住 所：317-0073 茨城県日立市幸町 1-17-1

電 話：0294-33-5911（保健指導携帯：070-2620-5615）

（受付時間 8:30～17:00）