訪問健康相談申込書

ご返信期日：2019 年 8 月 5 日（月）必着

※相談はご家族の同席も可能です。

※同封案内をご覧になってから、下記太枠内の該当部分に〇をつけ、住所・氏名・電話番号を記入し、返信してください。

１、訪問健康相談を希望します。

希望曜日：月・火・水・木・金・土・日

希望時間帯：午前・午後

家族の同席：有（続柄：　　）・無

２、電話による健康相談を希望します。

３、いずれも希望しません。

理由　ア　自ら、かかりつけ医に相談する

イ　自ら、かかりつけ薬局に相談する

ウ　自ら、保健師に相談する

エ　その他（　　）

住　所	
氏　名	
生年月日	
電話番号	

【主催】群馬県後期高齢者医療広域連合