様式4

保　健　指　導　実　施　案　内

あなたは動機付け支援の対象者です。

あなたの保健指導日は

　　　　　年　　　月　　　日（　　　　）

開始時間　　　　：　　　～

本院で実施しますので開始時間5分前に来院下さい。