様式11

特定保健指導実施医療機関

特定保健指導のご案内

あなたは特定保健指導

**（　　）動機付け支援**

**（　　）積極的支援**

の対象者です。

あなたの保健指導実施日は

　　　**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。

　　　　　　　　　　（３～４か月後に利用券が届きます。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）

様式11

