保健指導途中終了者報告書

様式5

 川崎市長あて

実施機関名

　　積極的支援参加者について、参加継続の促しを実施しましたが、途中脱落・終了が確定しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診券整理番号 | 氏　　名 | 性別 | 脱落終了確定日 | 終了理由 | 保健指導機関の参加勧奨内容 |
| 利用券整理番号 |
|  |  | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |  | １ 電話　　回　 ２ 手紙　 　回３ FAX 回　 ４ E-mail　 回５ その他（　　　　 　） 　回 |
|  |
|  |  | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |  | １ 電話　　回　 ２ 手紙　 　回３ FAX 回　 ４ E-mail　 回５ その他（　　　 　　） 　回 |
|  |
|  |  | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |  | １ 電話　　回　 ２ 手紙　 　回３ FAX 回　 ４ E-mail　 回５ その他（　　　　　 ）　 回 |
|  |
|  |  | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |  | １ 電話　　回　 ２ 手紙　 　回３ FAX 回　 ４ E-mail　 回５ その他（　　　　　 ） 　回 |
|  |
|  |  | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |  | １ 電話　　回　 ２ 手紙　 　回３ FAX 回　 ４ E-mail　 回５ その他（　　　　 　）　 回 |
|  |

＊終了理由：資格喪失、転出、本人希望等