

発信先: 公益財団法人 友愛健康医学センター

健診推進課

TEL(076)466-5544

FAX(076)466-5548

件 名: 施 設 健 診 の ご 案 内

拝啓 時下、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。

下記の日程をFAXいたします。ご確認の上ご連絡お願いいたします。

月／日	曜	受付時間	人数 (名まで)	備 考 (受診者名簿)	月／日	曜	受付時間	人数 (名まで)	備 考 (受診者名簿)
07/14	火	09:00	2		07/27	月	09:30	1	
		11:00	1				10:00	1	
07/15	水	11:00	1				10:30	3	
07/16	木	10:30	3	レディースデイ			11:00	4	
		11:00	3	〃	07/28	火	08:00	3	
07/17	金	10:00	1				10:00	2	
		10:30	3				10:30	1	
		11:00	3				11:00	4	
07/22	水	08:00	3		07/29	水	08:00	3	
		09:00	1				08:30	2	
		10:00	1				09:00	4	
		10:30	4				10:00	1	
		11:00	3				10:30	1	
07/23	木	10:00	1				11:00	4	
		10:30	3		07/30	木	08:00	2	
		11:00	4				08:30	1	
07/24	金	09:00	1				09:00	3	
		10:30	1				09:30	1	
		11:00	4				10:00	2	
07/27	月	08:30	2		07/31	金	09:30	1	

2026年07月13日 08:38 現在の空き状況となっております。

※変更になる場合もございますので、日程が決まりましたら必ず確定の連絡をください。