

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)
10/20	火	10:30	2		10/28	水	08:00	2	
		11:00	2				10:00	1	
10/21	水	10:30	3				10:30	4	
		11:00	1				11:00	4	
10/22	木	08:00	1		10/29	木	08:00	1	
		08:30	1				08:30	2	
		10:00	3				09:00	2	
		10:30	3				09:30	4	
		11:00	4				10:00	2	
10/23	金	08:00	1				10:30	4	
		10:30	4				11:00	4	
		11:00	4		10/30	金	08:30	1	
10/26	月	10:30	2				09:00	1	
		11:00	2				09:30	1	
10/27	火	08:00	3				10:30	2	
		09:00	1		10/31	土	08:30	1	
		09:30	2				09:30	3	
		10:00	4				10:30	4	
		10:30	3				11:00	3	
		11:00	4						

2026年10月19日 08:58 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。