

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)
09/16	水	11:00	3		09/26	土	10:30	4	
09/17	木	10:30	2	レディースデイ			11:00	1	
		11:00	2	〃	09/28	月	09:30	2	
09/18	金	10:30	1		09/29	火	10:30	2	
		11:00	2				11:00	4	
09/19	土	08:30	1		09/30	水	10:00	2	
		09:00	1				10:30	4	
		09:30	3				11:00	4	
		10:00	3						
		10:30	2						
		11:00	4						
09/24	木	09:30	2						
		10:00	4						
		10:30	4						
		11:00	4						
09/25	金	10:30	4						
		11:00	4						
09/26	土	08:30	2						
		09:30	2						
		10:00	2						

2026年09月14日 09:07 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。