

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)
12/1	火	9:30	6	
		10:00	6	
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	
		14:30	6	
12/2	水	9:00	6	
		9:30	6	
		10:00	6	
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	
		14:30	6	
12/3	木	9:00	6	
		9:30	6	
		10:00	6	
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	

月／日	曜	受付時間	人数 (名まで)	備考 (受診者名簿)
12/3	木	14:30	6	
12/4	金	9:00	6	
		9:30	6	
		10:00	6	
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	
		14:30	6	
12/10	木	10:00	6	レディースデイ
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	
		14:30	6	
12/11	金	9:30	6	
		10:00	6	
		10:30	6	
		11:00	6	
		13:00	6	
		13:30	6	
		14:00	6	
		14:30	6	