

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)
08/27	木	08:00	1						
		08:30	2						
		09:00	2						
		09:30	3						
		10:00	3						
		10:30	4						
		11:00	3						
08/28	金	08:30	1						
		11:00	4						
08/31	月	09:00	1						
		09:30	3						
		10:00	2						
		10:30	1						
		11:00	3						

2026年08月26日 11:40 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。