

鳥取県医師会代行入力記録票 送付票

年 月 日

医療機関名

特定健診
記録票
(枚数)

枚

特定保健指導
記録票
(枚数)

枚

鳥取県医師会
受診結果票
の送付

(特定健診結果のみ)

希望する

希望しない

どちらかに○をしてください。