

特定保健指導中断者連絡票

実施機関名 _____

	氏名	利用券整理番号	最終利用日	次回利用予定日	備考(中断理由)	保険者認定状況	認定日
1						中断・否	
2						中断・否	
3						中断・否	
4						中断・否	
5						中断・否	
6						中断・否	
7						中断・否	
8						中断・否	

※ 保健指導実施機関は太枠内をご記入ください。