

特定健康診査受診 } 証明書
特定保健指導利用 }

住所.....

氏名.....

生年月日 年 月 日生 (歳)

上記の者は、 年 月 日 当院で

特定健康診査を受診 }
特定保健指導を利用 } したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名.....

医師名