

医療機関コード

(様式報第9号)

実施状況報告書
(特定保健指導)

宇都宮市長 様

(医療機関) 所在地
名称
TEL
医師名

20 年 月分の実施状況を下記のとおり報告いたします。

★特定保健指導（動機付け支援）

実施人数	内 訳	
	初回実施	最終実施

★特定保健指導（積極的支援）

実施人数	内 訳	
	初回実施	最終実施