|  |
| --- |
| 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 |
|  |  |  |