

くすのき健康栄養センター栄養相談お申込シート（一般用）

（送信先）

FAX : 06-7506-9780

Eメール : khn.center@osaka-shoin.ac.jp



以下ご記入のうえ、FAXまたはEメール添付で送信ください。 お申込日： 年 月 日

お名前		
ご連絡先 (どちらか)	FAX番号	
	Eメールアドレス	

あてはまる項目にチェックおよび記入してください。

◎栄養相談内容

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 体重を減らしたい | ☐ 血圧を下げたい | ☐ 血糖値を下げたい |
| ☐ コレステロールを下げたい | ☐ 減塩したい | ☐ 食欲が落ちている |
| ☐ 食事内容を見直したい | ☐ 家族の食事 | ☐ 筋力がつく食事 |
| ☐ その他 () | | |

◎希望日時

第1希望：	() 月	() 日	() 時頃
第2希望：	() 月	() 日	() 時頃
第3希望：	() 月	() 日	() 時頃

所要時間は約30分です。下記相談日時の時間帯※でご記入ください。

※日時はご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

《 栄養相談日時 》

月曜日～木曜日 10時～19時（12時～13時を除く）

土曜日 13時～17時

（金・日曜および祝日は休業）



くすのき健康栄養センター

〒577-0055 大阪府東大阪市長栄寺2-12-402