

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		
<input type="checkbox"/> 体重を減らしたい	<input type="checkbox"/> 血圧を下げたい	<input type="checkbox"/> 血糖値を下げたい
<input type="checkbox"/> コレステロールを下げたい	<input type="checkbox"/> 減塩したい	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちている
<input type="checkbox"/> 食事内容を見直したい	<input type="checkbox"/> 家族の食事	<input type="checkbox"/> 筋力がつく食事
<input type="checkbox"/> 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。		
<small>※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。</small>		

《 栄養相談日時 》

月曜日～木曜日 10時～17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