塩分チェックシート**使用申込用紙**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**社会医療法人
製鉄記念八幡病院**

総務部　総務人事課　行

担当　有田

**TEL　093-672-3176**

**FAX　093-671-9605**

　**使用に際してのお願い**

□　「あなたの塩分チェックシート」の結果を用い、学会や論文等で発表される際には、ご一報下さいますようお願いいたします。

**申請者名（団体名）**

**ご担当者名を必ずご記入ください**

**ご住所**

**連絡先**

**（TEL）**　　　　 　　　　　　　　　　　　　**（FAX）**

**（メールアドレス）**

**使用目的**

**使用方法**

**使用期間**