



FAX 098-943-0934

用紙はコピーして
お使い下さい

TO ある

メール I020hinin@gmail.com

TEL080-1703-9738

10代20代のヒニン相談☆ある行

ヒニンリング・性感染症検査・再診 費用(3点セット)補助申込書

避妊リング装着希望者情報

申込日： 年 月 日

ふりがな
氏名

※対象/10代・20代

ご本人の状況に応じて30代以上も相談可

年齢 _____ 歳

〒 _____ 病院への同行を希望しますか? する しない

本人住所 沖縄県 _____

本人電話番号 _____

希望病院名 _____

病院住所 沖縄県 _____

予約希望日 _____ 年 月 日 これから調整 病院の紹介を希望

▼関係機関 担当者記入 *FAX 受信後、当法人より3日以内に調整のお電話をさしあげます

ふりがな
相談員氏名 _____ 職種 _____

所属先 _____ 電話番号 _____

依頼理由 _____