



FAX 098-943-0934

TO ある

用紙はコピーして  
お使い下さい

メール [1020hinin@gmail.com](mailto:1020hinin@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 \_\_\_\_\_