

高知県健康政策部 保健政策課 血管病対策担当 行
F A X 0 8 8 - 8 2 3 - 9 1 3 7

高血圧指導教材申込書

回答者	薬局名			
	住 所			
	担当者氏名		T E L	

高血圧指導教材の希望数をお書きください。

◆高血圧患者指導教材 2 種類（A 4 サイズ両面）

「高血圧を治療中の方へ」 「今回の血圧値から高血圧が疑われます」

（ ） 部 （ ） 部

