

Saapumispäivämäärä: \_\_\_\_\_

**MUISTUTUS KOSKEE**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero

**MIKÄ TERVEYSASEMA MUISTUTUS KOSKEE**

Tammisaaren terveysasema

Karjaan terveysasema

Pohjan terveysasema

**MUISTUTUKSEN AIHE (TARVITTAESSA JATKA ERILLISELLÄ LIITTEELLÄ)**

--

**MITÄ ON TAPAHTUNUT JA KOSKA? (TARVITTAESSA JATKA ERILLISELLÄ LIITTEELLÄ)**

--

**MIHIN TOIMENPITEISEEN SINUN MIELESTÄSI KYSEINEN YKSIKKÖ TULISI RYHTYÄ?**

--

**ALLEKIRJOITUS JA YHTEYSTIEDOT**

Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimen selvennys
Osoite	Puhelinnumero

**MUISTUTUS LÄHETETÄÄN RAASEPORIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOON, PL 18, 10611 RAASEPORI**