

## 事業所歯科健康診査実施申込書

所在地	〒		
事業所名			
業種		従業員数	
連絡先		ご担当者	
実施希望日時	事業所で行う場合 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 指定歯科医院で行う場合 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ※実施希望日時の二ヶ月前までにお申込み下さい。二ヶ月前を過ぎた場合は希望日時での実施が出来ない場合がありますのでご了承願います。		
受診予定人数			
健診場所	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 指定歯科医院		
健診内容	<input type="checkbox"/> 一般歯科健診 <input type="checkbox"/> 特殊歯科検診 (歯牙酸蝕症)		
備考			

上記のとおり事業所歯科健康診査の実施を申し込みます。

年 月 日

一般社団法人宮城県歯科医師会会長 殿

事業所名  
代表者名

印