

事業所歯科健康診査（歯科特殊健診） 実施申込書

所在地	〒		
事業所名			
連絡先		業種	
ご担当者氏名		受診予定人数	
取り扱い物質	塩酸、硝酸、硫酸、亜硫酸、フッ化水素、黄りん、 その他（ ）		
実施希望日時	☐ 健診場所：事業所内（人数が20名以上の場合） 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 ☐ 健診場所：指定歯科医院（人数が19名未満の場合） 年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ） <u>※実施希望日時の2ヶ月前までにお申込み下さい。2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。</u> <u>※受診予定者の名簿（お名前、フリガナのみ）の提出をお願いいたします。</u>		
オプション	☐ 全対象者の口腔内写真撮影を希望する ※歯科特殊健診における口腔内写真撮影料は1名あたり1,000円（消費税別）とします。ただし、診断区分が「要観察」又は「要医療」の場合、撮影料は健診料に含まれます。		
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