

事業所歯科健康診査（一般歯科健診） 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	
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>		
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