

※ 開催日2ヶ月前までに広島県歯科医師会までお申込みください。

## 歯科健康診断・簡易唾液潜血検査・口腔保健指導・歯科特殊健康診断 申込書

一般社団法人 広島県歯科医師会 御中

1. 歯科健康診断     2. 簡易唾液潜血検査     3. 歯科特殊健康診断  
 4. 口腔保健指導A     5. 口腔保健指導B     6. 口腔保健指導A・B    を申し込みます。  
いずれかに☑をつけてください（複数可）

申 込 日	令和      年      月      日 (      )			
事業所名				
事業所住所	〒			
対象人数	名			
1のみを希望の場合ご記入下さい 健診場所	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 近隣歯科診療所			
健診票の種別	<input type="checkbox"/> 本会所定 <input type="checkbox"/> 貴社所定    *見本を一部添付ください。			
希望日時		希望日	時間	人数(名)
	第1希望	令和    年    月    日 (    )	:    ~    :	
	第2希望	令和    年    月    日 (    )	:    ~    :	
	第3希望	令和    年    月    日 (    )	:    ~    :	
電話番号	(      )	—	(内線      )	
FAX番号	(      )	—		
ご担当者氏名				
ご担当者E-mail	@			
請求書宛名				
請求書送付先 <small>事業所住所と異なる場合のみご記入下さい</small>	〒			
特 記 事 項	Tel (      )      —			

**【送付先】** 広島県歯科医師会事業第一課 ( FAX : 082-263-5525 ) 行  
〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-4