

※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・歯科特殊健康診断・口腔保健指導 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（むし歯・歯周病等） 2. 簡易唾液潜血検査
3. 歯科特殊健康診断（安衛法に定められた健診）
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	年 月 日 ()			
事 業 所 名				
事 業 所 住 所	〒			
対 象 人 数	名			
健 診 場 所	*歯科健康診断を希望の場合のみご記入下さい。 <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	年 月 日 ()	: ~ :	
	第2希望	年 月 日 ()	: ~ :	
	第3希望	年 月 日 ()	: ~ :	
電 話 番 号	() —	(内線)		
F A X 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 事業所住所と異なる 場合のみご記入下さい	〒	TEL () —		
特 記 事 項				

【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