

# 歯科健康診断・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） いずれかに☑をつけてください（複数可）
2. 歯科特殊健康診断（安衛法に定められた健診）
3. 口腔保健指導A  4. 口腔保健指導B  5. 口腔保健指導A・B を申し込みます。

申 込 日	年      月      日 (      )			
事 業 所 名				
事業所住所	〒			
対 象 人 数	名			
歯科健康診断の希望場所	<input type="checkbox"/> 事業所で実施 <input type="checkbox"/> 近隣歯科医院で実施		※歯科特殊健診のチェック欄ではありません	
健診票の種別	<input type="checkbox"/> 本会所定 <input type="checkbox"/> 貴社所定    ※貴社所定の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 <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**  
 ( メール : kenshin@hpda.or.jp ) 〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-4