**歯科特殊健康診断申込書**

※　記入又は☑にてお知らせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所  所在地 | 〒　　　- | | |
| 事業所名 |  | | |
| 部署・役職 |  | ご担当者名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 実施希望月日 | 年　　月　　日　　　～　　　　年　　月　　日  **※　実施希望日時の2ヶ月前をめどに記入してください。2ヶ月前を過ぎた場合は、希望に添えない場合がありますので、予めご了承願います。** | | |
| 健診予定  人　　数 | 名 | | |
| 健診場所 | □ 事業所 | □ 指定歯科医院 | |
| 備　　考 |  | | |

上記のとおり歯科特殊健康診断の実施を申し込みます。

年　　　月　　　日

一般社団法人秋田県歯科医師会会長　様

事業所名

代表者名

【問い合わせ】

一般社団法人秋田県歯科医師会

電話018-865-8020　FAX018-862-9122

E-mail：madoguchi@akita-da.or.jp

@akita-da.or.jp