**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