

# 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	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 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