

歯 科 健 診 受 検 申 込 書

(愛 知 県 歯 科 医 師 会 用)

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
TEL () -

④

健保証記号			受検希望場所と申込者数									備考
健診を希望する事業所の			診療所健診			出張健診			計			
名称 (本・支店名)	所在地	電話番号 担当者氏名	男	女	計	男	女	計	男	女	計	
		() -	名	名	名	名	名	名	名	名	名	
		() -										
		() -										
		() -										
		() -										
備考	計											

【注意事項】

※診療所健診を希望される場合は各事業所で予約をしてください。

※愛知県歯科医師会の出張健診は、実施要綱の5-②-(ウ)の条件を満たしている場合に限り実施します。

※出張健診は、原則として医療機関を選択することはできません。

※ご記入いただきました事項につきましては、健診実施の目的以外には使用いたしません。

<http://meiyaku-kenpo.or.jp/>