

千葉県農協健康保険組合 総務部 行

(FAX043-246-2135)

## 平成20年度歯科検診申込書

事業所記号 ( )

事業所名称

下記のとおり申し込みし、必ず受検いたします。

検査希望日	年	月	日
-------	---	---	---

保険証番号	氏名	口腔クリーニング希望の有無	同意認印	保険証番号	氏名	口腔クリーニング希望の有無	同意認印
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	

\* 口腔クリーニング希望者の有無欄は、いずれかに○をつけてください。

\* 個人情報提供について、同意認印欄に捺印のない方は受検できません。

**\* 申込書を健保組合に提出後、健診機関「健歯会」より検診日程、会場等詳細について、各事業所担当者宛に連絡がありますのでご記入ください。**

担当者氏名

連絡先 Tel

東京メディカルグループ健歯会

富里市七栄654-204 Tel.0476-91-3258