

平成24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	月	日
-------	---	---

保険証番号	氏名	フッ素塗布希望	同意認印	保険証番号	氏名	フッ素塗布希望	同意認印

- * 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。
- * フッ素塗布希望者は○印を記入してください。(自己負担500円)
- * 申込書を健保組合に提出後、検診機関「総合健康促進保健協会」より、検診日程、会場等、詳細について、各事業所担当者様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 _____

総合健康促進保健協会
千代田区神田佐久間町3-31中嶋ビル2階
TEL03-3866-4829