

産業歯科健康診断実施申込書

(特殊歯科健診)

所在地	〒		
事業所名			
業種	従業員数	男 女	名 名
連絡先 (衛生担当者)	電話番号	()	—
実施希望年月日	1回目	令和 年 月 日	～ 年 月 日
	2回目	令和 年 月 日	～ 年 月 日
実施時間	時	分 ～	時 分まで
健康診断予定人数	1回目	名	
	2回目	名	
健診票 (30名1セット)	セット (30名 1セット / 300円)		
備考	酸蝕症健診該当事業所歯科健診 希望歯科医院：		

上記の通り歯科健康診断の実施を申し込みます。

令和 年 月 日

福岡県歯科医師会長 殿

事業所名

代表者名