

協会けんぽ福井支部 あて

FAX:0776-27-8306

送信前にいま一度番号をご確認ください

事業者歯科健診 申込書

事業所情報（協会けんぽ福井支部加入の事業所様限定）			
事業所名			
保険証記号番号			
実施場所	〒		
書類送付先	〒		
電話番号		FAX番号	
ご担当者様	部署名：	氏名：	
実施希望日時	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	※月曜～金曜（祝日を除く）の9時から17時まで(17時終了)の間で実施します ※希望日時の <u>1</u> か月前までにお申込みください		
参加人数	名		

◆ 申込書は協会けんぽ福井支部まで、FAXでご提出ください ◆

お問い合わせ先



全国健康保険協会 福井支部
協会けんぽ

企画総務グループ TEL:0776-27-8301