

歯科健診申込書

愛知県歯科医師会 御中

事業所名 所在地 〒 ー

名称

代表者

㊞

下記のとおり実施されるようお願いいたします。

記

実施内容	①診療所歯科健診（一人3,300円） *オプション 希望されるものに○をお付けください ②健診時歯冠クリーニング（前歯1,100円） ③フッ素塗布（全顎1,100円） ④歯ブラシ（220円）			
健診実施期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月			
健診予定人数	名（男性 名・女性 名）			
担当者連絡先	部署・役職			担当者名
	TEL			FAX
	Email			
保険証の番号	保険者番号	* 保険証の下方に記載	記号 (8桁)	* 保険証の左上に記載
その他特記事項				

必ず愛知県歯科医師会の会員診療所で受診して下さい。

* 『会員診療所』は愛知県歯科医師会ホームページで確認出来ます。

<http://www.aichi8020.net> ⇒ 「歯やお口が気になる方」 → 「あなたの町の歯医者さん」で検索できます。

お問合せ先：一般社団法人愛知県歯科医師会事務局

〒460-0002 名古屋市中区丸の内三丁目5番18号

愛知県歯科医師会館内3階

TEL052-962-8020（代表）/FAX052-951-5108