

歯科健診申込書

愛知県歯科医師会 御中

事業所名 所在地 〒

名 称

代表者

(印)

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診療所型歯科健診（一人 3,300 円） ※令和8年4月1日より 5,500 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（前歯部のみ・歯石除去は除く）(1,100 円) ③フッ化物塗布（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
	E-mail		
保険者情報	保険者番号		記号 (7・8桁)
その他特記事項			

こちらの「歯科健診申込書」を愛知県歯科医師会へ送付頂いた後、歯科健診用の必要書類を事業所宛へ送付します。健診当日は送付した歯科健診用書類を持参下さいようお願いします。

また歯科健診の受診は必ず愛知県歯科医師会の会員診療所へ予約のうえ受診して下さい。

*『会員診療所』は愛知県歯科医師会ホームページ内「安心・安全なあなたの町の歯医者さん情報」で確認出来ます。

「安心・安全なあなたの町の
歯医者さん情報」

ホームページ QR コード



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