

令和7年度 協会けんぽ岩手支部 歯科健診申込書

令和 年 月 日

岩手県歯科医師会 御中

(事業所) 所在地
名 称
代表者

下記の通り実施されるようお願いします。

健診実施場所	〒 ー			
担当者連絡先	部署・役職		担当者名	
	TEL		FAX	
	E-Mail			
実施希望年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
実施希望時間	時 分 ～ 時 分まで			
健診予定人数	協会けんぽ被保険者			名
	上記以外の方			名
	合 計			名
健康保険の 保険者番号・記号	保険者 番 号		記 号	
その他特記事項	※受診を希望する歯科医院がございましたらご記入ください。			

申込方法

FAXまたは**郵送**で**岩手県歯科医師会**へお申し込みください。

一般社団法人 岩手県歯科医師会

FAX : 019-654-5474

郵送 : 〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2-5-25 岩手県歯科医師会館