

① 歯科健診申込書(事業所訪問タイプ)

お申し込み方法

以下に必要事項をご記入のうえ、下記までFAXでお申し込みください。
後日、ご担当者様へ実施日程等をご連絡いたします。

全国健康保険協会山口支部 企画総務グループ 行

FAX 083-974-0534

事業所の名称		
健康保険証の記号 (数字7~8桁)		
事業所所在地	〒	
電話番号		
ご担当者様の部署・氏名		
歯科健診受診予定人数	名 ※協会けんぽ加入の被保険者様が対象	
受診希望日	スケジュール調整のため恐れ入りますが、 1か月以上先の日付 をご記入ください。 歯科健診実施日は、日祝祭日を除く曜日とさせていただきます。あらかじめご了承ください。	
	第1希望日	令和_____年_____月_____日(____曜日) 時間帯: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望日	令和_____年_____月_____日(____曜日) 時間帯: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望日	令和_____年_____月_____日(____曜日) 時間帯: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	歯科健診実施予定場所	<input type="checkbox"/> 事業所内会議室(または個室等)
	※歯科医師、記録員、受診者が入室可能なスペース。	<input type="checkbox"/> その他 ()