

① 歯科健診申込書（事業所訪問タイプ）

必要事項をご記入のうえ、**FAXまたは郵送**にてお申し込みください。
後日、ご担当者様へ実施日程等についてご連絡いたします。

全国健康保険協会山口支部 保健グループ 行

FAX：083-974-0534

**R7.5.30
必着**

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 ※協会けんぽ山口支部加入の 被保険者 の方が対象。 15～40名 の範囲でご記入ください。		
受診希望日	・スケジュール調整のため 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： ☐ 午前 ☐ 午後	
	第2希望日	令和 年 月 日 (曜日)	
		時間帯： ☐ 午前 ☐ 午後	
	第3希望日	令和 年 月 日 (曜日)	
時間帯： ☐ 午前 ☐ 午後			
歯科健診 実施予定場所 ※歯科医師、記録員、受診者が入室可能なスペース。		☐ 事業所内会議室（または個室等）	
		☐ その他 ()	