

歯科健診申込書（個人受診タイプ）

受診希望者の情報をご記入いただき、**FAXまたは郵送**にてお申し込みください。
後日、事業所ご担当者様へ対象者分の受診券をお送りします。

全国健康保険協会山口支部 保健グループ

FAX : 083-974-0534

R7.9.30
必着



山口県歯科医師会HP

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	

[illegible]