

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

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： <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 ※歯科医師、記録員、受診者が入室可能なスペース。
<input type="checkbox"/> 事業所内会議室（または個室等） <input type="checkbox"/> その他 ()	