

様式 1

鹿児島県歯科医師会 行 (FAX : 099-223-6079)

歯科特殊健康診断申込書

下記のとおり歯科特殊健康診断の申し込みをしますので、よろしくお願いします。

事業所名	
従業員数	
郵便番号	
事業所所在地	
担当者名	
電話番号	
F A X 番号	
メールアドレス	
実施希望期日	(担当歯科医師との打ち合わせにより決定しますので やむを得ずご希望に添えない場合もございます。)
実施希望人数	
備考	

※実施予定日の2ヶ月前までに申し込みをお願いします。