千葉県農協健康保険組合　総務部　　行

（FAX043-246-2135）

平成28年度歯科検診申込書

事業所記号（　　）

事業所名称

下記のとおり申し込みし、必ず受検いたします。

検査希望日　　月　　日

保険証番号	氏名	フッ素塗布希望	同意認印	保険証番号	氏名	フッ素塗布希望	同意認印

＊ 個人情報提供について、同意認印欄に捺印のない方は受検できません。

＊ フッ素塗布希望者は○印を記入してください。(自己負担500円)

＊ 申込書を健保組合に提出後、検診機関「綜合健康促進保健協会」より、検診日程、会場等、詳細について、各事業所担当者様宛に連絡がありますのでご記入ください。

綜合健康促進保健協会

千代田区神田佐久間町3-31中嶋ビル2階

TEL03-3866-4829

担当者氏名

連絡先　TEL