



再送

「歯科健診の申込書」をFAXいたします。

FAX番号は 06-4806-1023

再送の場合は
実線○にして下さい

歯科健診申込書

★印は必須項目です。

申込日 年 月 日

店舗情報 ※「受診票・問診票」はこちらの店舗住所へお届けします

★店舗CD

★〒

ビル名・階数も記載ください

★店舗住所

★店舗名

★申込代表者名

★店舗TEL

★【重要】申し込みの際は、歯科医院リストに記載する「個人情報のお取り扱い」をご確認の上、
同意する、同意しない、一部不同意のいずれかに必ずチェックしてください。

 同意する 同意しない 一部不同意

◆同意しない、一部不同意にチェックされた場合、
受診に支障の出る場合があります。

■ 申込まれる方の情報、希望歯科医院を記載ください。

※1店舗1枚で申込みください。※申込者それぞれの記号・番号、氏名と希望の歯科医院No.と名称を記載ください。
※各自希望の歯科医院名称を記載ください。申込書1枚に複数の医院名称を記載する場合も問題ありません。
※歯科医院No.と名称は、お知らせに添付のPDF(地域別歯科医院リスト)をご覧ください。

★ 保険証 記号・番号	★ 氏 名	★ 歯科 医院No.	★ 受診希望の歯科医院名称
・			
・			
・			
・			
・			
・			

■ 注意事項

- ・申込方法は、FAXまたはWEBのいずれか一方とし、重複して申込みされないようご注意ください。
- ・FAXを再送する場合は、欄外の **再送** の○を**実線**にしてください。
- ・申込みされた店舗ごとに、**1月下旬**で「受診票・問診票」をお送りします。
「受診票・問診票」が届きましたら、各自で歯科医院へ電話で予約の上、受診してください。
- ・異動先店舗で「受診票・問診票」を受け取りたい場合、申込み時に異動先店舗情報を記載してください。
- ・無断キャンセルが増えています。変更・キャンセルは早めに行うようにしてください。

■ 問合せ先: 総合健康促進保健協会(健診委託機関) 担当: 西崎 TEL: 06-4806-1022



ファックス番号は 06-4806-1023