

歯科健診申込書

令和 年 月 日

団体・企業のお名前		予定人数	名
所在地	〒 -		
電話番号	() -		
FAX番号	() -		
ご担当者様のお名前	(貴部署名もご記入下さい)		
健診方式	ご希望の方式に○印をつけて下さい ・訪問方式(団体・企業にて健診) ・歯科医院受診方式(医内にて健診)		
健診のご希望日	・第1希望 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
	・第2希望 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
	・第3希望 令和 年 月 日() 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
	・その他		
—備考—			

[返送先]

〒180-0006

東京都武蔵野市中町2-6-2 1F

三鷹通りセントラル歯科

TEL 0422-50-5321

FAX 0422-50-5321