



集団型 出張歯科健診
 口腔衛生セミナー

申 込 書

FAX送信方向



※希望に✓を入れてください

申 込 日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|-------------|--|--|-----|--|--------|-----|
| 組合名 | | 東京都電機健康保険組合 | | | | | | |
| 実施する事業所 | 記号 | | | | | | | |
| | 名称 (営業所名等も) | | | | | | 本社・支社 | |
| | 所在地 | 〒 ー | | | | | 営業所・工場 | |
| | 電話番号 | | | | FAX | | | その他 |
| | ご担当者名 | (部署名) | | | | | () | |
| 実施希望者数 | 名 | | | | | ※集団歯科健診は50人程度で所要時間3時間。 例:9時~12時(3時間)50人 14時~17時(3時間)50人 9時~17時(6時間うち2時間休憩)100人まで ※口腔衛生セミナーは1時間の講義内容になります。 実施場所により設備等について事前に確認させていただきます場合があります。 | | |
| 実施希望日 および時間 | ※申込日から、2か月以上先の日付をお書きください。 第1希望 年 月 日 (曜日) 時 分~ 名 第2希望 年 月 日 (曜日) 時 分~ 名 第3希望 年 月 日 (曜日) 時 分~ 名 | | | | | | | |
| 実施場所(会場) | | | | | | | | |
| 交通機関 | 電車線 駅下車 ①徒歩 分、②タクシー 分 ③バス 行き 下車徒歩 分、 ④その他() | | | | | | | |
| (事業所付近略図) ※別紙添付でも結構です。 | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | |

※1実施希望日の2か月前までにこの申込書を組合宛提出してください。(健康事業課FAX03-5812-0911)
 ※2対象人数、実施場所によりお受けできない場合もございますので予めご承知おきください。
 ※3集団型 出張歯科健診は、当日受診する方のリスト(記号・番号・氏名)をご用意ください。

| | | | | | | |
|---------|---|--|-----|--|--|--|
| 委託機関記入欄 | ※下記の内容が決まりましたら、実施する事業所宛、健康保険組合宛それぞれFAXで回答をお願いします。 | | | | | |
| 委託機関名 | (株)歯科健診センター | | | | | |
| 実施可否 | 可 否 | | 備 考 | | | |
| 実施予定日時 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 | | | | | |