

FAXなどにてご送付ください。
送付先 総務課（FAX 052-201-1678）

様式第1号の2

歯科健診受検申込書

年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所所在地
事業所名称
ご担当者氏名
連絡先 TEL () -

1. 申込部数

1	東海信越6県歯科医師会用	部
2	補助実施用	部

【注意事項】

※申込は、事前に希望の診療所で予約をお取り頂いてからお願いいたします。
※ご記入いただきました事項につきましては、健診実施の目的以外には使用いたしません。
<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>