

歯科健診推進キャンペーン申込用紙

公益財団法人 佐世保市中小企業勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

会員番号 _____

事業所名 _____

会員氏名 _____ 印

贈呈品【第一三共ヘルスケア クリーンデンタル®F 薬用歯みがきセット】

贈呈品 発送先住所	〒 _____ (自宅 ・ 会社)
健 診 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名	

◎対 象・・・平成29年4月1日(土)～平成30年3月30日(金)までに受診した歯科健診

◎受付締切・・・平成30年3月30日(金)までにセンター必着分まで

◎添付書類・・・健診確認書、領収書、佐世保市成人歯科健診の健診結果及び総合判定表など(コピー可)

※添付書類には次の①から⑤の事項の記載が必要です

①健診日 ②受けた方の氏名 ③医療機関名 ④健診費用 ⑤「歯科健診」を受けたことが分かる記載

添付書類貼付欄 ※添付書類はここに貼りつけてください。サイズが大きい場合は裏面に貼り付け可

【添付書類例】

健診確認書

領収書

佐世保市成人歯科健診の健診結果及び総合判定表など

発議日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
決裁日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付印