

申 込 書

申込日：令和 5 年 月 日

●FAX:022-782-2320

令和 5 年度 口腔歯科検診
11 月 9 日(木)

事業所名称 _____ ご担当者名 _____

ご都合の良い時間に 3 ヶ所に○をご記入ください。

特に希望する時間帯がない場合には希望時間帯なしの□の欄に☑をいれてください。

お名前	(例) 若林 健					
希望の時間帯なし	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 : 30～						
9 : 50～	☐					
10 : 10～	☐					
10 : 30～						
10 : 50～						
11 : 10～						
11 : 30～						
13 : 30～	☐					
13 : 50～						
14 : 10～						
14 : 30～						
14 : 50～						
15 : 10～						

○お問い合わせ先 仙台卸商健康保険組合 [TEL:022-235-5896](tel:022-235-5896)