

申込書

申込日:令和6年 月 日

●FAX:022-782-2320

令和6年度 口腔歯科検診 11月14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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:30~	<input type="radio"/>					
9:50~	<input type="radio"/>					
10:10~	<input type="radio"/>					
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)