

出張歯科健診の申込時にご連絡いただきたい項目

1. 申込者情報

- ・会社名／事業所名：
- ・健診実施場所の住所：
- ・担当者のお名前：
- ・担当者の連絡先 電話番号：
mail:

2. 希望日時(健診可能日は火、木、金になります)

- ・第1希望日：
- ・第2希望日：
- ・時間帯(午前／午後など)：
※健診当日まで1か月ほど余裕をもってお申し込みください。

3. 健診対象者情報

- ・健診人数:約 名

4. 準備状況・設備

- ・健診に使用する部屋、椅子の使用可否：
- ・電源の使用可否：

5. その他、ご質問等ございましたらご連絡ください。

mail:suzuki-yasuhiro@sekkei-kenpo.jp

担当:口腔検査グループ 歯科医師 鈴木