（申込書）　施設の所在地によって、申込先が変わりますので、P２の「（１）申込み先」をご参照ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 公益社団法人北九州市歯科医師会長　様 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | 施設長氏名 | | | |
|  | | | | | |
| 下記のとおり、４・５歳児歯科検診を実施していただくようお願いします。 | | | | | |
| 申　　込　　者 | 施設名 |  | | | |
| 住所・  電話番号 | 区 | | | |
|  | 電話番号 | |  |
| 施設長名 |  | | | |
| 検診対象者数 | | ４歳児（年中） | | ５歳児（年長） | |
| 人 | | 人 | |
| 検診希望日 | | 年　　　　　　月　　　　　日　（　　　　　　） | | | |
| 備考 | |  | | | |
| 検診医名 | | | |