



出張歯科健診申込書

FAX送信方向



申 込 日 年 月 日

組合名		東京電子機械工業健康保険組合			
実施する事業所	記 号				本 社 ・ 支 社 営 業 所 ・ 工 場 そ の 他 ()
	名 称 (営業所名等も)				
	所 在 地	〒			
	電 話 番 号		FAX		
	ご担当者名	(部署名)			
実施希望者数		名	※集団歯科健診は60人程度で所要時間3時間。 例:9時～12時(3時間)60人 14時～17時(3時間)60人 9時～17時(6時間うち2時間休憩)120人まで		
実施希望日 および時間		※申込日から、2か月以上先の日付をお書きください。 第1希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ～ 名 第2希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ～ 名 第3希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ～ 名			
実施場所(会場)					
交通機関		電 車 線 駅下車 ① 徒歩 分 ② タクシー 分 ③ バス 行き 下車徒歩 分 ④ その他()			
特 記 事 項					

※1実施希望日の2か月前までにこの申込書を組合宛提出してください。(健康事業課FAX:03-3843-1990)

※2対象人数、実施場所によりお受けできない場合もございますので予めご承知おきください。

※3当日は、当組合ホームページ掲載の「出張歯科健診受診者リスト」に、当日の受診者等を入力し印刷した状態でご用意ください。

※4歯科健診の内容についてのお問い合わせ先 (株)歯科健診センター:03-5210-5608

委託機関記入欄		※下記の内容が決まりましたら、実施する事業所宛、健康保険組合宛それぞれFAXで回答をお願いします。	
委託機関名	(株)歯科健診センター		
実施可否	可 否	備 考	
実施予定日時	年 月 日 () 時 分 ～ 時 分		