（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 |