

歯科医師派遣依頼書

令和 年 月 日

依頼者様ご記入欄

事業所名： _____ 氏名 _____ 印 _____

事業所のご住所： _____

事業所のご連絡先：お電話番号 _____ FAX _____

Email _____

依頼内容お選び下さい。

① 歯科健診 (対象者人数 _____ 人)

② 講演会、セミナー依頼

③ その他 (_____)

実施希望日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時間

※健診の場合必ず対象者の人数を記載して下さい。

※対象者200名以上の場合、医師の派遣は2名となります。

実施会場住所 _____

その他ご要望等

(_____)

西ノ京デンタルヘル事務所

医療法人健盛会

西ノ京ふなき歯科クリニック 理事長 舟木 健

〒604-0034 京都市中京区西ノ京伯楽町22-1

TEL075(467)1180 FAX075(467)1170