

沖縄県歯科医師会（担当者氏名 根間） 行

(FAX: 098-996-3562 TEL: 098-996-3561)

## (北部圏域) 平成29年度 障害児(者) 歯科検診 受診希望者 申込書

※お手数ですが、FAX送信後に必ず電話で申込確認をお願いします。

記載団体・記載者名:

(TEL)

No	ふりがな 対象者	性別	生年月日	年齢	障害 程度	住所	保護者 (扶養義務者)	電話番号 (平日昼間等で 確実に連絡がと れる番号)	備考
例)	りゅうきゅう たろう 琉球 太郎	男	大正・昭和・平成 1月1日	28	A1	沖縄県那覇市泉崎1-2-2	琉球 花子	090-9999- 9999	連絡は昼12時~13 時希望
1			大正・昭和・平成 月 日						
2			大正・昭和・平成 月 日						
3			大正・昭和・平成 月 日						
4			大正・昭和・平成 月 日						
5			大正・昭和・平成 月 日						

※ 上記の枠にて不足する場合には、別途、コピーして複数枚提出していただいても差し支えありません。