

歯科検診申込書

事業所記号		事業所名		
担当者名			電話番号	
実施希望日	第1希望	第2希望	第3希望	
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	
時 間	AM 時 分 ~ 時 分	AM 時 分 ~ 時 分	AM 時 分 ~ 時 分	
実施場所	(例)会議室		参加人数	人
所在地	〒			

通信欄

【実施要綱】

対 象 : 被保険者 (原則、参加者 20 人以上で実施します)
 * 1 事業所 1 ヲ所の事業場で実施 (年度内 1 回)

費 用 : 無 料 (組合負担)

実施時期 : 実施日時については、業者と調整の上、決定します

実施場所 : 事業所の会議室等

実施内容 : 1 名につき 15 分 ~ 20 分
 * 歯科医師による口腔内検査、歯周ポケット測定、アドバイス等
 * 歯科衛生士によるブラッシング指導及び歯石除去等
 * 歯科検診を受けない方に「生活歯援プログラム(質問票)」による
 保健指導

<お問い合わせ先>

電設健保へるすぴあ健診センター 健康推進課 TEL 03-5970-6811