(宛先) 小牧市歯科医師会事務局

FAX 0568-41-0007

**令和７年度小牧市障害者通所施設歯科健診事業申込書**

令和 ７年　　月　　日

施設名

施設長

下記のとおり、申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | |
| 施設種別  （該当する箇所に✓） | | 生活介護　　　　自立訓練　　　　就労移行支援  就労継続支援A型　　　　就労継続支援B型 | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話 |  | | FAX |  |
| 施設長名 |  | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| 歯科健診対象者  （該当する箇所に✓） | | 身体障がい者　 　知的障がい者　 　精神障がい者 | | |
| 受診予定人数 | | 人 | | |
| 職員数 | | 人　（健診対象にはなりません。） | | |
| 実施希望  年月日 | 第一希望 ： 令和　７年　　　　月　　　　日  　　第二希望 ： 令和　７年　　　　月　　　　日  　　第三希望 ： 令和　７年　　　　月　　　　日  　　※8月～12月の原則木曜日でお願いいたします。 | | | |

* 受診予定者が少数の場合は、近隣の施設と調整のうえ、１０名以上で申し込んでください。その場合、本申込書には歯科検診等の実施場所となる事業所の情報を記載してください。ただし、受診予定人数欄は合計の人数を記載してください。
* 実施日が確定するのは７月１６日以降になります。