

(宛先) 小牧市歯科医師会事務局

FAX 0568-41-0007

## 令和 8 年度小牧市障害者通所施設歯科健診事業申込書

令和 8 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✓)	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 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✓)	<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 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 8 年 月 日 第二希望 : 令和 8 年 月 日 第三希望 : 令和 8 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10日以降になります。