

歯科健診受診申込書

所 属 所 名		所 属 所 コー ド	
組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
受 診 予 定 日		受 診 予 定 歯 科 医 院	

上記のとおり申し込みを致します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

住 所

申 出 者

氏 名

上記の申し出は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 属 所 名

職 名

所属所長

氏 名

所属所連絡先 — —

※令和4年4月1日現在、25・30・40・50歳の組合員が対象となります。

※組合員本人が歯科医院へ予約を行い、受診予定日の2週間前までに申込書を提出してください。

※歯科健診実施医療機関一覧表にて指定された歯科医院を受診してください。