



送付先: 下松商工会議所  
〒744-0008 下松市新川2-1-38  
FAX: 0833-44-2022

申込日 令和7年 月 日

会員No	受付No
------	------

## 令和7年度 歯科健診助成金申込書 ※太枠の中をご記入ください

事業所名				担当者名		
所在地				TEL	( ) -	
希望歯科 医療機関	番号	名称		申込人数	人	

※当所へ助成金申込後、受理通知書が届いてから、実施歯科に歯科健診の予約をしてください

No	フリガナ 氏名	受診 希望月 (5~12月)	No	フリガナ 氏名	受診 希望月 (5~12月)
1			6		月
2			7		月
3			8		月
4			9		月
5			10		月

※本申込書にご記入いただいた情報は、歯科健診書類作成以外一切利用いたしません

### ＜事務処理欄＞

専務理事	事務局長	課長	担当者

合計金額
円