

鹿児島市(地区指定なし)用

鹿児島市(地区指定なし)の日程で受診を希望される方の申込書です。
所属市郡の会場で受診される場合は、この用紙による申し込みは必要ありません。

スクリーニングテスト・特定健診事前申込書

【送付先:鹿児島県歯科医師国民健康保険組合 FAX 099-223-6079】

受付開始日:令和8年4月28日(火)9:00

△ 期日前に届いた申込書は無効です △

※ 定員になり次第、受付終了となります。

※ 申し込み後の大幅な人数の減数やキャンセルはご遠慮ください。
申込書送信後に人数の追加や日時の変更を希望する場合は、
再度申込書にてお申込みください。

本用紙の記載内容を全て確認の上、申し込みます。

歯科医院名	院長名
担当者名 <input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> その他(フルネームで記入)	担当者連絡先 Tel - -
申込区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更	希望日時が定員となっている場合、他の日時への振替等についてご連絡することがあります。連絡がつかないと、次の申込者へご案内することになりますので、担当者につながりやすい番号を記入することをお勧めします。
申込日時が 受付不可の場合 <input type="checkbox"/> 第1~2希望以外の日時への振替を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

受付No. <small>※事務局記入欄</small>	実施日	受診者数 <small>※ご希望の日程での 受診者数をご記入ください</small>	
		第1希望	第2希望 <small>(ある場合のみ記入)</small>
1-	6月4日(木) 谷山サザンホール 13:30~15:30 (先着120名)	名	名
2-	6月11日(木) 県民交流センター 大ホール 14:00~17:00 (先着240名)	名	名
3-	7月9日(木) 県歯科医師会館 13:00~16:00 (先着210名)	名	名
4-	7月16日(木) オロシティーホール 13:30~15:30 (先着120名) <small>(展示場前駐車場をご利用ください)</small>	名	名
5-	8月27日(木) 県歯科医師会館 13:00~16:00 (先着210名)	名	名

※ 申し込みの受付連絡はしていません。第1希望日時が定員数等により受付不可となった場合のみ電話
やFAX等にてその旨ご連絡いたします。

※ 定員に達し、受付終了となりましたら、歯科医師国保ホームページ(<https://kdkokuho.com>)や歯科医師会
メール通信等でお知らせする予定です。

※ 当日は申込日時を予めご確認の上、来場してください。時間厳守をお願いいたします。万が一、日時を誤っ
て来場されますと、当日受診することができない場合がありますのでご注意ください。

※ オロシティーホールへ車でお越しの方は、展示場前駐車場をご利用ください。(詳細は組合HPをご覧ください。)