**令和３年度　障がい者(児)歯科検診申込書（個人用）**

令和３年　　月　　日

歯科検診は、下記実施会場の中から申込者が希望する会場で実施しますので、移動手段の確保を各自でお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 申込者 | （続柄：　　　　） |
| 検診を受ける者 |  |
| 住　　所 | 豊明市 |
| 電話番号 | **―** |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス | ＠ |
| 希望実施会場 | メイツ（沓掛町）・くるみの会（西川町）・  ゆたか苑（栄町）・総合福祉会館（新田町） |
| 会場までの  移動手段 | 自力で可能・家族の送迎・その他（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 配慮事項 | （検診を受けるにあたり、配慮して欲しいことがあればお書きください。） |

※ 検診日が決定しましたら、お電話にてご連絡いたしますので、電話番号を

お間違えのないようお書きください。

※ この申込書は、直接、社会福祉協議会までお持ちいただくか、郵送・ＦＡＸ・メールでも受け付けます。

[お問い合わせ先]

〒470-1116　豊明市新田町吉池18-3　総合福祉会館内

豊明市社会福祉協議会　地域福祉・ボランティアグループ

（担当）髙木・古田

電　話：０５６２－９３－５０５１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０５６２－９３－３８８０