

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) 高木・古田

電話: 0562-93-5051
FAX: 0562-93-3880