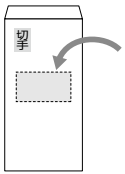
歯周病リスク検査申込書

事業所名				
保険者証	記 号		番 号	
氏　　名				
生年月日	昭和　　年　　月　　日			
住　　所				
電話番号				

【歯周病リスク検査】を希望します。

送 付 先

右記の送付先を切り取って封筒に貼ってお使いください



〒417-0056
富士市日乃出町165-1
サンミック静岡ビル３階
製紙工業健康保険組合
歯周病検査担当宛

●お問い合わせ先
製紙工業健康保険組合
TEL 0545-53-1444