

F A X 申 込 書

FAX: 03-5220-9078

申込に伴う個人情報は、歯科健診センターが収集・管理します。又、健診予約以外の目的で使用されることはありません。

フリガナ		健保区分	(どちらかに)
受診希望者名	(男・女) 歳	健保区分	本人・家族
フリガナ			
受診希望者名	(男・女) 歳		
フリガナ		健保区分	(どちらかに)
受診希望者名	(男・女) 歳		
フリガナ			
会社名			
フリガナ	トウリケンコウホケンクミアイ		
健保組合名	東リ健康保険組合		
健康保険証の記号・番号	記号	番号	
ご希望メニュー	無料歯科健診 ・ 無料矯正相談 ・ 無料インプラント治療相談		
	無料訪問歯科治療相談 (希望相談に 複数選択可)		
	今後定期的な健診のご案内を希望しますか? 希望する 希望しない (どちらかに)		
ご希望日時	第1希望	月 日 () 希望時間 AM・PM : . いつでも可	
	第2希望	月 日 () 希望時間 AM・PM : . いつでも可	
ご希望健診場所	第1希望	(勤務先 ・ 自宅) の近くを希望 (どちらかに)	
		住所 (で をした方の住所を記入)	
		最寄駅 線 駅	
	第2希望	(勤務先 ・ 自宅) の近くを希望 (どちらかに)	
		住所 (で をした方の住所を記入)	
		最寄駅 線 駅	
健診センターからの連絡先	電話番号	- - (自宅・勤務先・携帯)	日中、連絡の取りやすい電話番号もしくはメールアドレスをご記入ください。
	FAX番号	- - (自宅・勤務先)	
	E-mail	@ (携帯可)	
健診のご案内などの必要書類送付先	FAX番号	- -	添付ファイルを受け取れるパソコンのアドレスをご記入ください。
	E-mail	@ (携帯不可)	

歯科健診センター

〒100-6323
東京都千代田区丸の内 2-4-1
丸の内ビルディング 23F
TEL 03-5220-9079
FAX 03-5220-9078

フリーダイヤルからのお申込は
0 1 2 0 - 8 8 2 - 8 9 9
受付時間 (9:00 ~ 18:00 土・日・祝日休み)
運営：株式会社ティーエムエー
TEL 03-5220-9077