

## 保健事業実施機関 指定申請書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(開設者・管理者) 住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

電話番号

保健事業実施機関の指定を受けたいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第3条第3項の規定により、次のとおり申請します。

診療所の名称			
開設場所	〒		
開設年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
従事者 書ききれない場合は別紙一覧を作成し、下の枠内に○をつけてください。 ↓ <input type="checkbox"/> 別紙のとおり		氏名	資格
	1		(歯科医師・歯科衛生士)
	2		(歯科医師・歯科衛生士)
	3		(歯科医師・歯科衛生士)
	4		(歯科医師・歯科衛生士)
	5		(歯科医師・歯科衛生士)
			※歯科医師会確認欄 免許証番号 第 号

## 【柏市使用欄】

指定日	令和 年 月 日	(平成25年度再指定の場合、当初指定日)	<受付>
指定番号			
<備考>			

## ※歯科医師会確認欄

上記実施機関について、次の要件を満たしていることを確認し、保健事業実施機関として推薦します。

- 開設者又は管理者が柏歯科医師会会員である。
- 従事者は、柏歯科医師会が実施する「お口のクリーニング事業のための研修」を受講済みである。

令和 年 月 日

柏歯科医師会 会長 中山 宙久