

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 (※1)	
開設場所 (※1)	〒 電話番号
開設年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
管理者氏名 (※2)	

(※1)受診者に配付する名簿に掲載する内容となります。

(※2)開設者と異なる場合は、ご記入ください。

【柏市使用欄】

指定日	令和 年 月 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。
- 柏歯科医師会が実施する「お口の健康事業実施者講習」を受講済みである。

令和 年 月 日

柏歯科医師会長