

# 「いい歯 カムカム すこやか大賞」に応募します

● 住 所 〒 —

---

● 電話番号 ( ) —

---

ふりがな

● 氏 名

男  
・  
女

---

● 生年月日

明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日

---

1月1日現在 歳

---

● 歯科健診の希望歯科医院名・電話番号

医院名

---

電話番号 ( ) —

---

※希望の歯科医院がない方は富山県歯科医師会より  
近隣の歯科医院を紹介いたします。

.....  
※本書をプリントして富山県歯科医師会(〒930-0887富山市五福字五味原2741-2)まで封書にて郵送ください。(市町村の老人クラブ担当課に提出も可能です。)A4サイズを縮小プリントしてハガキでの郵送も可能です。