

# 「いい歯 カムカム すこやか大賞」応募申込書

住 所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_ 男  
氏 名： \_\_\_\_\_ 女

生年月日：

明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 1月1日現在 \_\_\_\_\_ 歳

健診を受ける希望の歯科医院

有り ・ 無し

(有りの場合) 歯科医院名・電話番号を教えてください

歯科医院名：

電 話 番 号：

(無しの場合) 富山県歯科医師会より近隣の歯科医院を紹介します

※本書を富山県歯科医師会まで送付してください

一般社団法人 富山県歯科医師会

〒930-0887 富山市五福字五味原 2741-2  
TEL 076-432-4466 FAX 076-442-4013