

〒《郵便番号》

《住所日本語》

《方書日本語》

《漢字氏名》 様

歯周疾患検診受診券

このお知らせが届いたあなたは、

歯周疾患検診を無料 で受けることができます！

○受診券有効期間

令和6年7月1日（月） から 令和7年2月28日（金）まで

○委託医療機関

医療機関	住所	電話番号
高谷歯科	小湊字後范 37-7	755-5612
平内歯科クリニック	小湊字小湊 131-1	755-4182
平内ミナトヤ歯科医院	小湊字後范 2-11	755-5353

○持ち物

・ 受診券（この通知） ・ 保険証（本人確認に使用します）

○検診受診者さまの情報

フリガナ	《カナ氏名》	生年月日	《生年月日》
氏名	《漢字氏名》	性別	《性別》

（ご注意）

- ・ 平内町に住所のない方、自歯のない方は受診できません。
- ・ 検診当日、治療はできませんのでご了承ください。
- ・ 検診の結果、治療が必要になった場合の治療費は自己負担となります。

裏面もご覧ください

平内町 健康増進課

TEL 017-718-0019（内線120）