

〒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7年7月1日（火） から 令和8年2月28日（土）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
医療法人 C of I 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） ・保険証等（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140）