

# 令和4年度 8020・9020 表彰申込書

別紙

◎申請者の方は、太枠内を記入してください。(代筆可)

申込日	令和 年 月 日		
表彰の種類 (該当するものに○)	8020 ・ 9020		
表彰式 (該当するものに○)	出席 ・ 欠席		※申込書記入時点
住所 (郵便物の届くところ)	大治町大字		
ふりがな		性別 (該当に○)	男・女
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
電話番号 (日中につながる番号)	— —		

## <歯科医院記入欄>

歯の本数 (歯科医院が記入)	本 (確認日: 令和 年 月 日)
推薦した 歯科医院名 (ゴム印可)	

## <保健センター記入欄>

歯の本数 (保健センターが記入)	本 (確認日: 令和 年 月 日)	
自薦の場合	集団歯科健診日	令和 年 月 日
	かかりつけの 歯科医院 について	医院名: 所在地: 市・町・村 区 電話番号: — —

問合せ先

大治町保健センター健康館すこやかおおはる

電話: 052 (444) 2714 開館時間: 平日 8時30分~17時15分