提出年月日：令和７年　　月　　日

**スクリーニング検査協力事業者申込書**

周南市口腔内スクリーニング検査協力事業者募集要項に同意し、次のとおり応募します。

1. 申込を行う事業者

事業者の名称 ：

所在地 ：

代表者氏名 ：

担当部署・担当者 ：

連絡先 ： （電話）

 （Email）

1. 検査実施希望日 ：　（第1希望）　令和　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　（第2希望）　令和　　 年　　月　　日

※検査日時が確定でない場合は、大まかな日程の記入でも可　(例：令和７年９月頃　等)

1. 検査予定人数 ：　　　　　　名
2. 検査予定会場 ：
3. 特記事項等その他、ご協力いただくにあたり、配慮を要すること、調整が必要なことがあればご記入ください。