

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）

2. 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）

3. 検査予定人数： 名

4. 検査予定会場：

5. 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。

--