

提出年月日:令和 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。

--