**ポイント事業に御協力いただける歯科医療機関**は、こちらの様式により御提出ください。

宛て先：　海田町福祉保健部長寿保険課

ＴＥＬ　　　０８２－８２３－９６０９

ＦＡＸ番号　０８２－８２３－９６２７

e-mail：[chouju@town.kaita.lg.jp](mailto:chouju@town.kaita.lg.jp)

海田町高齢者いきいき活動ポイント事業の実施に伴う

節目年齢歯科健診等の際のスタンプ押印協力について

御協力いただける場合は、□欄にレ点を付け、本様式をEメールまたはFAXにて御提出ください。

□　７０歳の高齢者を対象とする節目年齢歯科健診の受診者へのポイント付与に協力します。

□　７５歳の高齢者を対象とする後期高齢者歯科健康診査の受診者へのポイント付与に協力します。

（以下の枠内の項目に記入をお願いします。）

※２　ホームページ等での公表について

　　□　同意する　　□　同意しない

歯科医療機関名：

　所在地：　〒

　代表者名：

　担当者名：（必須）

　連絡先電話番号：（必須）

　ＦＡＸ番号：

メールアドレス：

※　町ＨＰ等での公表に同意いただける歯科医療機関については、歯科医療機関名、所在地及び電話番号を公表させていただきます。