

岡崎歯科医師会(岡崎歯科総合センター)行

TEL 21-0501

FAX 25-0741

愛知県歯科医師会の助成による障がい者通所施設の歯科健診が平成30年度末で廃止となったため、平成31年度からは岡崎市の助成により実施しています。

令和5年度 岡崎市障がい者通所施設 無料歯科健診申込書

令和 年 月 日

施設名

施設長

印

下記のとおり、申込みます。

記

施設名			
施設種別 (該当種別に☑)	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 多機能型 <input type="checkbox"/> 児童発達支援		
	※通所施設のみ(入所施設は愛知県障害福祉課へお申し込みを)		
住所	〒444-		
電話	() -	FAX	() -
担当者名			
実施内容	歯科健診対象者 (該当部分に☑) <input type="checkbox"/> 身体障がい者 ※精神障がい者は対象外です。 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援受給者 (3歳以上で就学前の幼児)		
実施希望年月日 (木曜日をお願いします)	第1希望：令和 年 月 日 (木) 第2希望：令和 年 月 日 (木) 第3希望：令和 年 月 日 (木)		
受診予定者	人		
職員数	人 (健診対象にはなりません)		

- お申し込みは、本書をFAXで「岡崎歯科医師会」までお送りください。
- 岡崎歯科医師会が実施日を調整し、健診スタッフを施設に派遣します。
- 障がい者通所施設における歯科健診は「年1回」です。
- 実施期間は、令和5年4月～令和6年3月末までです。(申込期限：令和5年12月末)