

**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： 広島市健康福祉局高齢福祉部高齢福祉課

TEL： 082-504-2143

FAX番号 082-504-2136

e-mail: korei@city.hiroshima.lg.jp

**広島市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、口欄にレ点を付け、本様式をEメールまたはFAXにて御提出ください(※1)。

※1 スタンプ発送時期は、本様式を御提出いただいた月の翌月末を予定しています。

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。

(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： \_\_\_\_\_

※2 市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。