

みんなのデンタルケア・子どもの健康相談 2018 = 申 込 用 紙 =

KL 日本人会事務局宛

事務局窓口受付 **5月17日(木) 9AM~** Eメール受付 **5月21日(月) 9AM~**

事務局記入欄
受付日
時間

受付は窓口または E-mail office@jckl.org.my のみ。電話・Fax での受付は致しません。

希望日時と、不都合な時間帯をお知らせください。受付した順番で健診時間を調整させていただきます。

多くの方が同じ時間にご希望される場合もございますので、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

《みんなのデンタルケア 2018》

1. 希望日

順位	日にち (曜日)	希望時間帯	不都合な時間帯	備考
第 1 希望	7月 日 ()			
第 2 希望	7月 日 ()			

※所要時間は受診者数により異なります。1 名の場合：20 分、2 名以上の場合、大人 15 分、子供 10 分となります。

2. 受診希望者 受診料は無料ですが、器具代 RM10 ががかかります。※フッ素塗布希望の場合、RM50 を○で囲んでください。

氏名 (子供のみ年齢記入)	性別	器具代	フッ素塗布	氏名 (子供のみ年齢記入)	性別	器具代	フッ素塗布
① ()	男/女	RM10	RM50	③ ()	男/女	RM10	RM50
② ()	男/女	RM10	RM50	④ ()	男/女	RM10	RM50

料金は本プロジェクトの費用に充当されます。

合計：RM _____ Receipt No. _____

《子どもの健康相談 2018》

1. 希望日

順位	日にち (曜日)	希望時間帯	不都合な時間帯	備考
第 1 希望	7月 日 ()			
第 2 希望	7月 日 ()			

2. 受診希望者 ※ 1 名 約 20 分の相談時間を予定。じっくり相談 (30 分) を希望の場合は、○をつけてください。

受診希望者氏名 (ふりがな)	年齢	性別	じっくり相談希望
① ()		男 / 女	
② ()		男 / 女	
③ ()		男 / 女	

受診料：無料

◆ 下記事項は必ずご記入ください。

申込者氏名	KL 日本人会会員番号	日本における所属会社名
	/非会員	/無

《連絡先》

住所： _____
(6 月中旬に問診票を送らせていただきますので、Post Code も含む正確な住所をご記入下さい。)

自宅電話番号： _____ 携帯電話番号： _____
(受診日当日連絡用)

E-mail: _____