

みんなのデンタルケア・子どもの健康相談 2017 = 申込用紙 =

事務局記入欄
受付日
時間

KL 日本人会事務局宛 E-mail: office@jckl.org.my [5月17日(水)、9AM以降にお申し込みください]

希望日時と、不都合な時間帯をお知らせください。

受け付け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 2017》

1. 希望日

順位	希望日	曜日	もし、不都合な時間があれば、ご記入ください。	備考
1	7月	日()		
2	7月	日()		

※健診の所要時間は受診者数に異なります。大人・子供1名:20分、家族2名以上の場合、大人に15分、子供に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 _____

《子どもの健康相談 2017》

1. 希望日

順位	希望日	曜日	もし、不都合な時間があれば、ご記入ください。	備考
1	7月	日()		
2	7月	日()		

2. 受診希望者 ※お1人様 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	(年齢)	性別	小児科健診	じっくり相談
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
	/無	/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: _____