

七宗町8020達成者表彰歯科健康診査票

有効期限 令和7年8月10日

	健診年月日	令和	年	月	日
住所	七宗町 地区名 ()				
ふりがな 氏名				男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日生 歳
電話番号					

※以下は歯科医院でご記入ください。														現在歯数				
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左	本
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
現在歯 / (残根歯も現在歯数に入れる) 喪失歯 △																		

令和 年 月 日

七宗町8020達成者表彰推薦書

歯科健康診査の結果により _____ 様を 七宗町8020達成者表彰
に該当すると認められるので、推薦します。

歯科医療機関名

代 表 者 名

Ⓜ

七宗町長 様