

※提出期限：令和8年9月11日（金）

令和8年度出雲市歯周病検診実施に関する意向調査書

医療機関名：

代表者名：

住所：

電話番号：

メールアドレス：

下記について、いずれかの（ ）に○をつけてください。

内容	ご回答
歯周病検診の 実施について	（ ） 委託料等内容に同意し、実施する
	（ ） 実施しない
問診票・記録票 及び請求書の 様式について	（ ） 問診票、記録票、請求書のいずれも Excel 様式を使用する
	（ ） 請求書のみ Excel 様式を使用する
	（ ） 問診票、記録票、請求書のいずれも複写式（一枚紙）を使用する

※公表について

出雲市歯周病検診を実施していただける場合、市ホームページ等で検診実施歯科医療機関一覧として医療機関名、電話番号、住所等を記載させていただきます。