

※提出期限：令和7年10月29日（水）

令和7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
請求書及び記録票の 電子化について	（ ） 請求書と記録票の両方とも電子化に対応できる
	（ ） 請求書のみ電子化に対応できる
	（ ） 記録票のみ電子化に対応できる
	（ ） 電子化に対応できない

※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。