

（宛先）新潟市長

申込者 所在地

事業所名

代表者名

新潟市歯周病リスク見える化事業利用申込書

下記確認事項について確認し、新潟市歯周病リスク見える化事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申し込みます。

事業所の名称							
所在地	〒						
従業員数 (A)		役員数 (B)		計 (A+B)		[再掲] 40歳未満の 従業員数	
問合先	所属						
	担当者名						
	連絡先	TEL E-Mail	FAX				
業種	<input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 教育・学習支援業		<input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> サービス業		<input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
健康保険 (正規従業員加入)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> 国保（ ）		<input type="checkbox"/> 健康保険組合（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

以下の項目について確認し、相違ない場合は、回答欄にチェック（✓）を記入してください。

確認事項	記入欄
市税の滞納はありません。	
民事再生法及び会社更生法に基づく再生又は更生手続開始の申立てをしていません。	
暴力団又は暴力団員が経営、運営に関係している事業所ではありません。	
代表者の他に従業員が1名以上います。	

※ご記入いただいた情報は、本事業及びデータ分析のために使用させていただきます。

## 歯周病リスク見える化事業申込 チェックリスト

以下について必ず確認し、**申込書と共に**ご提出ください。

### ■ 申込について

#### □ 事業所の要件について

- 1  はい  貴社は、新潟市内にある事業所ですか？  
・事業所とは、本社・本店、支社・支店、営業所等を有する事業所、各種団体をいいます。
- 2  はい  以下の申込要件を満たしていますか？  
・市税を滞納していない。  
・民事再生法及び会社更生法に基づく再生又は更生手続開始の申立てをしていない。  
・暴力団又は暴力団員が経営、運営に関係している事業所ではない。  
・代表者の他に従業員が1名以上いる。

#### □ 申込書の記入について

- 3  はい  申込書「40歳未満の従業員数」の欄に、事業利用者数を記入していますか？  
・40歳未満の従業員のうち、事業利用を予定している方の人数を記入していますか。
- 4  はい  長期出張中など事業利用が困難な従業員を「40歳未満の従業員数」に含めていませんか？

### ■ 事業利用後について

#### □ アンケートの協力について

- 5  はい  事業実施後のアンケートに協力することは可能ですか？  
・セルフチェックの結果を送付する際、個人用と事業所用のアンケート用紙を配布します。  
アンケートの回答、回収にご協力をお願いします。

#### □ ハイリスク者への歯科受診の呼びかけについて

- 6  はい  ハイリスク者と判定された方々へ広く、歯科受診の呼びかけをすることは可能ですか。  
・事業実施後2か月頃に、歯科受診啓発用の媒体を貴社に提供いたします。  
媒体を貴社内にて掲示、回覧、送付等をし、ハイリスク者に対して広く、歯科を受診をするように呼びかけをお願いします。

確 認 日  
(チェックリスト記載日) : 年 月 日

事 業 所 名 :