

歯科健診委託契約書

御社控え

医療法人みやかわデンタルクリニック（以下「甲」とする）は、
_____（以下「乙」とする）に勤務する
従業員に対して、下記の通り歯科健康診断を実施することについて
合意し、ここに覚書を締結する。

記

- 1 対象者 乙に勤務する従業員
- 2 内容 ①口腔内検査
②歯面研磨（但し全体的な歯石除去の治療行為は除く）
③口腔衛生指導
- 3 実施期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- 4 費用 健康診断受診者 1 名につき 3,300 円（税込み）
- 5 支払 請求に関しては、月末締めで月ごとの支払いとする。
支払方法は、銀行預金口座への振込により行い、
振込手数料は、乙の負担とする。

以上

令和 年 月 日

甲 住 所 名古屋市中村区名駅 4-5-28 桜通豊田ビル 1F

会社名 医療法人みやかわデンタルクリニック

印

乙 住 所

会社名

印

歯科健診委託契約書

当院控え

医療法人みやかわデンタルクリニック（以下「甲」とする）は、
_____（以下「乙」とする）に勤務する
従業員に対して、下記の通り歯科健康診断を実施することについて
合意し、ここに覚書を締結する。

記

- 1 対象者 乙に勤務する従業員
- 2 内容 ①口腔内検査
②歯面研磨（但し全体的な歯石除去の治療行為は除く）
③口腔衛生指導
- 3 実施期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- 4 費用 健康診断受診者 1 名につき 3,300 円（税込み）
- 5 支払 請求に関しては、月末締めで月ごとの支払いとする。
支払方法は、銀行預金口座への振込により行い、
振込手数料は、乙の負担とする。

以上

令和 年 月 日

甲 住 所 名古屋市中村区名駅 4-5-28 桜通豊田ビル 1F

会社名 医療法人みやかわデンタルクリニック

印

乙 住 所

会社名

印