第１号様式

発信番号第　　　　　号

令和　　年　　月　　日

公益社団法人日本学校歯科医会会長　様

申　請　者

住所　〒

事業所名

代表者

連絡者氏名

　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　FAX番号（　　　　　　　　　 　　）

学校歯科保健用品推薦申請書

下記のものを貴会が定める「学校歯科保健用品の推薦に関する規程」に基づき、推薦してくださるよう申請いたします。

記

１．用　 品　 名

２．用途

３．規格および形状

４．特色

５．卸価格

学校渡し価格　　　￥　　　　　　　　　　　　円

小売価格　　　￥　　　　　　　　　　　　円

６．その他参考となる事項

※医薬品・医薬部外品・保健機能食品などの許可を受けている場合は、それを示す具体的な文書の写しを添付すること。