様式１（申請書様式）

スマイル推進優良法人表彰申請書

令和　　年　　月　　日

公益社団法人　日本歯科医師会

　　会　　長　　堀　　　憲　郎　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

法 人 名

代表者名

　健口スマイル推進優良法人表彰（主催：日本歯科医師会）について、下記のとおり申請します。

記

１　法人（企業など）の概要について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業種（該当番号を記入） | 　 | 1 建設6 宿泊・飲食 | 2 製造7 教育 | 3 運輸8 医療・福祉 | 4 卸・小売9 サービス | 5 金融・保険10 その他 |
| 従業（組合）員数（申請年度の４月１日時点） | 総数 | うち　男性　　 | うち　女性　　 |
| 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 |
| 　 | 常用労働者数 | 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 |
| ホームページURL | 　 |
| 加入する公的医療保険者名 |  |

＊公的医療保険者　健康保険組合や国民健康保険組合などです。

［本申請に関わる担当者］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署 | 職　名 | 氏　名 | 連絡先 |
| 　 | 　 | 　 | 電話 | 　 |
| ＦＡＸ | 　 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

２　申請の確認について

◯　次ページの［留意事項］を確認後に、チェック欄に記入してください。（必須）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 「健口スマイル推進優良法人」の申請の要件を全て満たしています。 |

＊添付書類

様式１-２　取り組み状況について

[留意事項］

　申請には次の要件を満たしていただく必要があります。

対象は、次に掲げる全てに該当する法人（企業など）です。

１　日本国内に所在する従業員１名以上の公的医療保険適用企業などであること。

２　従業員の健康管理に関連する法令等を遵守し、違反をしていないこと。

３　国や地方自治体、実施保険者、歯科医師会などと連携し健口づくりを推進すること。

４　本表彰事業への申請を含めて法人名の公表を承諾すること。