

あなたのよい歯 表彰させていただきます



応募資格

- 旭川市及び近隣9町（※）在住
- 80歳以上
（昭和21年4月1日以前に生まれた方）
- 自分の歯が20本以上残っている方

※鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、
東川町、美瑛町、幌加内町

昨年度受賞者のみなさま

上位入賞者の方には表彰式出席を御案内いたします。
表彰式：令和8年11月14日（土）（予定）

応募期限：令和8年8月28日（金）

参加のながれ

1 応募

まずは、このチラシの
裏面又はハガキに必要事項
を記入して、下記宛てに
送付してください。

2 歯科医院に予約

応募いただいた方には、
後日書類を送付しますので、
記載の歯科医院に電話にて
審査の予約をしてください。

3 審査

予約した歯科医院にて、
審査のための歯科健診
（無料）を受けていただ
きます。

8020達成者には認定証をお渡しします

お問合せ・申込み先

上川中部地域歯科保健推進協議会事務局
〒070-8525 旭川市7条通9丁目総合庁舎
旭川市健幸保健部健康推進課内

主催：上川中部地域歯科保健推進協議会

さらに！上位10名の方には副賞も！

☎ 0166-25-6315

応募期限：令和8年8月28日（金）

令和8年度

8020高齢者の歯のコンクール 申 込 書

必要事項を記入の上、郵送又はFAXにてお申し込み下さい。

住所：〒070-8525 旭川市7条通9丁目総合庁舎

旭川市健幸保健部健康推進課健康企画担当

FAX：0166-26-7733

（上川中部地域歯科保健推進協議会事務局）

ふりがな

氏名

男 ・ 女

住所 〒

生年月日

大正・昭和

年

月

日生

電話番号

★審査を受けたい歯科医院名（必ず記入して下さい。）

歯科医院名

歯科医院の住所