

口腔保健推進事業（歯の教室）申込書

施設名	
施設所在地	函館市 町 丁目 番号
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
Eメールアドレス	

ご希望の日時	
第1希望	令和 年 月 日（ ） 時 分から 時 分
第2希望	令和 年 月 日（ ） 時 分から 時 分
第3希望	令和 年 月 日（ ） 時 分から 時 分
第4希望	令和 年 月 日（ ） 時 分から 時 分
第5希望	令和 年 月 日（ ） 時 分から 時 分
備考 (希望する内容・ 参加予定人数等)	

※実施可能日時

○月曜日・金曜日 13:30～16:30

○水曜日 9:30～11:30

※当事業は、実施時間30分からお申込みいただけます。