

## 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 <small>(希望する内容・ 参加予定人数等)</small>	

※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。