

口腔保健推進事業申込書（介護施設等）

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
事業の 対象者	・利用者 人 ・職員 人
備考 (希望する内容等)	

※実施可能日時

○月・金曜日 13：30～16：30

○水曜日 9：30～11：30