

口腔保健推進事業申込書（企業・団体・町会等）

町会名 (団体名)	
実施場所	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	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