**口腔保健推進事業申込書（３回コース）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・町会名 |  |
| 実施場所 | 函館市　　　　　町　　　丁目　　　番　　号 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
|  |
| ご希望の日時 |
| １回目 | 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　　　　 |
| ２回目 | 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　　　　 |
| ３回目 | 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 |
| 事業の対象者 | 　　　　　人 |
| 備考（希望する内容等） |  |

※実施可能日時　〇月・金曜日　１３：３０～１６：３０

　〇水曜日　　　　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。