**口腔保健推進事業申込書（歯の教室）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
|  |
| 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

　〇月曜日・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。