**口腔保健推進事業申込書（歯の学校）**

|  |  |
| --- | --- |
| 学　校　名 |  |
| 住　　　所 | 函館市　　　　　町　　　丁目　　　番　　号 |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 実施希望年月日 | 第１希望：　　　　年　　月　　日　　時限目　　時　　分～　　時　　分第２希望：　　　　年　　月　　日　　時限時限目　　時　　分～　　時　　分第３希望：　　　　年　　月　　日　　時限時限目　　時　　分～　　時　　分第４希望：　　　　年　　月　　日　　時限時限目　　時　　分～　　時　　分第５希望：　　　　年　　月　　日　　時限時限目　　時　　分～　　時　　分 |
| 対象児童数 | 　　　　学年　　　　人（　　学級）　　　　学年　　　　人（　　学級） |
| 備考 |  |

※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。