**口腔保健推進事業申込書（企業・団体・町会等）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企業・団体・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 | | |
| 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

　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。