

訪問歯科保健指導事業実施申込書

<p align="center">申込者(正式名称)</p>	<p>名称:</p> <p>代表者氏名:</p> <p>住所:〒</p>
<p align="center">担 当 者</p>	<p>名前:</p> <p>連絡先:〒</p> <p>☎: FAX:</p> <p>E-mail:</p>
<p align="center">対象者及び人数</p>	<p>対象者:</p> <p>人数:()人</p>
<p align="center">実 施 日 時</p>	<p>令和 年 月 日 ()</p> <p> : ~ :</p>
<p align="center">実 施 会 場</p>	<p>名称:</p> <p>住所:〒</p> <p>☎:</p>
<p align="center">希望する内容</p>	<p>歯科保健指導:</p> <p>歯科講話:</p>
<p align="center">使用器具の有無</p>	<p>パソコン(パワーポイント) 有 ・ 無</p> <p>プロジェクター 有 ・ 無</p> <p>スクリーンまたは大型テレビ 有 ・ 無</p> <p>レーザーポインター 有 ・ 無</p> <p>マイク 有 ・ 無</p> <p>その他 () 有 ・ 無</p>
<p align="center">そ の 他</p>	

※ 記入漏れのないようにお願いいたします。