訪問歯科保健指導事業実施申込書

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

※ 記入漏れのないようにお願いいたします。