**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。