

# 令和6年度 口腔衛生センター事業申込書

申込団体	団体名				担当者名		
	連絡先住所	〒 _____					
	電話番号	( ) _____	ファックス	( ) _____			
	Eメール						

## 《フッ化物塗布》

	1回目	2回目
第1希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)
第2希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)
対象者及び人数		
【連絡事項】		

## 《歯科保健指導》

		月 日	時間割 (希望箇所にマル印をしてください。学校のみ)	対象者(学年)及び人数
1 日目	第1希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
	第2希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
2 日目	第1希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
	第2希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
3 日目	第1希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
	第2希望	年 月 日( ) (開始時間 時 分～)	( 1 2 3 4 5 6 限・限・限・限・限・限 目 目 目 目 目 目 )	
【連絡事項】				

※ 土日、祝日、8月13日～18日、12月28日～1月5日は、実施できませんのでご了承ください