

## 「歯と口の健康セミナー出張講座」申込書

令和 年 月 日

川西市予防歯科センター あて

団体名

代表者名

次のとおり、「歯と口の健康セミナー出張講座」を申し込みます。

開催日時	令和 年 月 日 (水・木) 時 分から 時 分まで
会場名	(名称) (電話)
	(所在地)
希望講座内容	
参加予定人数	人 (乳幼児: 人・児童: 人・大人: 人)
連絡先	(住所) 川西市
	(氏名) <small>ふりがな</small>
	(電話) (ファックス)
	(携帯)
	(E-mail)
備考	

<申込み・お問い合わせ>

川西市予防歯科センター (666-0017 川西市火打1-12-16)

TEL 759-3171 FAX 759-6191