

歯周病保健指導実施委託業務申込書

(一社)高知県歯科衛生士会行 FAX:088-840-1123

E-Mail:kochi@jdha.or.jp

令和 年 月 日

会社名 団体名	
所在地	〒 -
担当者所属 氏名	
連絡先	TEL: - - FAX: - - E-Mail:

希望内容に ☑を付けて ください	☐ 従業員を対象とした歯と口の健康講話（集団指導） ☐ 従業員の歯科相談（個別相談） ☐ 事業所健診での歯科相談 ☐ その他（ ）
希望日時	令和 年 月 日（ 曜日） 時 分 ～ 時 分 （第2希望をご記入ください。）令和 年 月 日（ 曜日）
開催場所	会場： 所在地：
参加者	対象者： 人数：
その他 連絡事項	

※ 実施希望日時のとおり調整できない場合もありますのでご了承ください。

※ メールでのお申し込みの場合は、上記内容を本文にご記載、又は申込書を添付してください。