

「健口ストレッチ講座」申込書

太枠で囲んだ部分についてご記入ください。

団 体 名		※区役所等の担当者 (所属・氏名・電話番号)	
代 表 者 氏 名			
健康講座等の名称			
連 絡 先	住 所	〒 電話： F A X：	
	ふりがな 担当者氏名	団体役職名等：	
希 望 内 容	日 時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 (講演時間： 時間 分) [質疑時間を含む]	
	会 場 名	参加予定人員	人
	会場所在地	電話： F A X：	
	そ の 他		

※区役所等に連絡ができる担当者の方がいる場合には記入してください。

区：門・北・南・若・東・西・戸

受 付 日	令和 年 月 日 ()	
出 務 依 頼 歯科衛生士		
	依頼日	
備 考		

北九州市保健福祉局認知症支援・介護予防センター 歯科担当
〒802-8560 北九州市小倉北区馬借 1-7-1 5階
Tel : 5 2 2 - 8 7 6 5 Fax : 5 2 2 - 8 7 7 3

受付番号
