【様式２：市町村・施設等用】

**令和６年度　長野県歯科医師会　歯科保健予防事業申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | **実施場所** | **対象者（人数）****/指導内容** | **第１希望** | **第２希望** | **摘要** |
| １ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ２ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ３ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ４ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ５ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ６ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ７ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ８ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| ９ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| １０ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| １１ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| １２ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| １３ |  |  | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| 　　　時　　　分～ | 　　　時　　　分～ |
| 【連絡事項】　　　　※高齢者等歯科保健指導、講演会等、特別な事業の場合は内容等を記載してください。 |