

# 『お口の健口教室』申込書

出前健康教室

FAXで  
お申込み

全国健康保険協会（協会けんぽ）茨城支部  
企画総務グループ 宛

## 029-224-3722

お申込み者	事業所記号 (保険証の記号)		
	事業所名		
	担当部署・担当者名	部署	担当者名
	TEL・FAX	TEL	FAX
依頼内容	講習会	歯科講演+口腔機能検査（歯科医師会講師派遣）	
	連絡事項 (特に重点的に講演を希望する内容など)		
	参加予定人数	人	
	特徴	年代（ 歳代～ 歳代が中心） 男女比（男：女 = : ）	
希望日時	第1希望	令和 年 月 日（ 時 分～ 時 分） ※平日午後のみ、60分程度	
	第2希望	令和 年 月 日（ 時 分～ 時 分） ※平日午後のみ、60分程度	
会場	会場名		
	会場住所	〒	
	プロジェクタ・スクリーン・マイクの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※なくても実施可	

申込日 令和 年 月 日