

『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

029-303-2100

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

☐ あり ☐ なし ※なくても実施可

申込日 令和 年 月 日