

【未病サポーター養成研修講座 参加申込書】

| | | | |
|-------------|--|--------------------------|--|
| フリガナ 氏 名 | | | |
| 性 別 | 1 男性 • 2 女性 | | |
| 年 代 | 1 20代 2 30代 3 40代 4 50代 5 60代 6 70代 7 80代以上 | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 | | | |
| 携帯電話番号 | | | |
| メールアドレス | | | |
| 開催日 | 参加場所 (予定) | 藤沢市口腔保健センター 4F ホール | |
| | 日時、時間帯 | 平成28年9月4日 14:00~16:00 | |

【お申込先・問い合わせ先】

藤沢市歯科医師会 事務局

・ 〒251-0025

神奈川県藤沢市鵜沼石上2-10-6

・ 電話 : 0466-26-3310 ・ F A X 番号 : 0466-24-5325

・ 担当 中野

・ お申込方法 : 電話、ファックス、のいずれかでお願いたします。