▲FAX 098-866-2289(歯っぴ～センター)　E-mail : happy8020@pref.okinawa.lg.jp

**「歯とお口の健康づくり出前講座」（申込書 兼 決定通知書）**

1. **申込団体の記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日** |  | 受付番号 |  |
| **団体名** |  |
| **希望講座** | No.(　　　) | テーマ |  |
| **希望日時****(原則：月･火･木・金)** | 第１希望日　令和　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　分 |
| 第２希望日　令和　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　分 |
| 第３希望日　令和　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　分 |
| **開催会場** | 会場名　住所　　駐車場　　　　有　・　無 |
| **対象者** |  |
| **参加予定者** | 大人（　　　）名　　　子供（　　　）名　　　合計（　　　）名 |
| **開催目的** |  |
| **機材の有無** | プロジェクター　有 ／ 無 | スクリーン　有 ／ 無 |
| **アンケート** | 参加者アンケートの実施　　可 ／ 不可アンケート印刷準備　　　　可 ／ 不可　　（※フォーマットは事前にお渡しします） |
| **連絡先** | 住所　電話　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　担当者名　　　　　　　　　　　　　　E-mail　 |
| **備考** | ※要望する講座内容・方法、その他ご意見等 |

※上記の太枠内のみご記入ください。　　※実施希望日の1ヶ月前までにお申し込みください。

※ご希望の内容、日時などがございましたらご相談ください。※学校歯科医等を置く、学校等は対象外とさせていただきます。

※営利、宗教又は、政治活動を目的とする場合、本事業の目的と合致しない場合には、実施できませんのでご理解ください。

※業務の都合により、依頼にお応え出来ないこともございます。予めご了承ください。

･･････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

1. **歯っぴ～センターからの決定連絡**

下記内容での開催が決定しましたのでお知らせします。　　［連絡日：　　／　　］

※こちらから内容や準備等の打合せの連絡をさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 令和　　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分　～　　　時　　分 |
| 担当連絡先 | 担当者名　　　　　　　　　　　　　　　TEL　098-894-5789 |

　※収集した個人情報は事業実施のためのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

　※講座の様子を撮影した写真等は、広報誌やHP等に掲載させていただく場合がありますので、予めご了承ください。