

岩手県歯科医師会事務局 行

イー歯トープキッズサポート事業

岩手県歯科医師会 8020プラザ 歯科診療センター体験学習

親子で学ぼう！ 口の中は小さな宇宙

参加申込書

※ご希望日を記入の上、ご希望時間を○で囲んで下さい。

ご希望日時		代表者氏名	参加人数	
第1希望	第2希望		大人	子供
月 日() ①10時～ ②13時～	月 日() ①10時～ ②13時～	様	名	名
月 日() ①10時～ ②13時～	月 日() ①10時～ ②13時～		名	名
月 日() ①10時～ ②13時～	月 日() ①10時～ ②13時～	様	名	名
月 日() ①10時～ ②13時～	月 日() ①10時～ ②13時～	様	名	名

団体名

(団体の場合はご記入下さい)

代表者連絡先

○ご住所 〒 - -

○電話番号 - -

FAX.019-654-5474

岩手県歯科医師会事務局