



オーラルフレイル予防教室申込書

申込日 年 月 日

日 時	第一希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	第二希望 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
場 所	
団体名	
担当者連絡先	お名前 _____ (電話 —) (Fax —)
参加予定数	名
備 考	

上記必要事項に記入し、FAX 送信をお願いします。お電話でも承ります。

折り返し、お申しいただいた担当者様へ連絡が入ります。

小樽市保健所 健康増進課
 電 話 22-3110
 FAX 22-1469