

親子で学ぼう！ 口の中は小さな宇宙

参加申込書

①夏休み体験学習

※ご希望日を○で囲んでください。

第1希望	《月曜日～土曜日 午後1時》 7/ 28・29・30 8/ 1・2・3・4・5・6・8・9・10
	《日曜日 午前10時》 7/ 31・8/ 7
第2希望	《月曜日～土曜日 午後1時》 7/ 28・29・30 8/ 1・2・3・4・5・6・8・9・10
	《日曜日 午前10時》 7/ 31・8/ 7

②出前講座

※必要事項をご記入ください。

実施期間／令和4年7月～10月

第1希望	月 日 時～	第2希望	月 日 時～
	場所／		場所／

団体名
(代表者氏名)

参加人数 大人 名 子供 名

代表者連絡先

○ご住所 〒 -

○電話番号 - -

FAX.019-654-5474

一般社団法人岩手県歯科医師会事務局