

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	令和 7年	8/4	8/5	8/6	8/7	8/8
第2希望	令和 7年	8/4	8/5	8/6	8/7	8/8

②出前講座

※必要事項をご記入ください。

実施期間／令和7年8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