(別 紙)

「令和6年度静岡県歯科公衆衛生研修会(口腔機能編)」受講申込書 <ハイブリッド用>

メールアドレス						
	連絡先(電話番号)		担当者氏名			
	-			.		
	(所属)	役職	氏 名	参加方法		
				会場	WEB ※	
※WEB参加の場合は、1所属1回線でお願いします。						
下記の質問について、該当する番号や項目を○で囲んで下さい。						
1歳6か月児及び3歳児歯科健診において、保護者から口腔機能(食べる機能・話す機能・呼吸機能)に関して、相談を受けることはありますか?						
	1 ある(食べる機能・話す機能・呼吸機能) 2 ない					

※ お手数をおかけいたしますが、<u>今和6年12月27日(金)までに</u>、 東部健康福祉センター健康増進課宛て電子メールにて提出してください。 提出先E-mail: kftoubu-kenzou@pref.shizuoka.lg.jp

*出席者が複数の場合には、出席者数分の御回答を御願いします。

例 3名の場合 1 ある 1名 2 ない 2名

講師に質問がある場合には、下記の欄に御記入下さい。