

(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回線をお願いします。

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

＊出席者が複数の場合には、出席者数分の御回答を御願います。

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。

※ お手数をおかけいたしますが、令和6年12月27日(金)までに、
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