

平成 年 月 日

福岡歯科大学長 殿

施設・団体 _____

代表者氏名 _____ (印)

担当者氏名 _____

住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

「心と体・口・歯の健康の話」出前講座申込書

ご希望日時・テーマ	第1希望	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
		テーマ番号:
		テーマタイトル:
	第2希望	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
		テーマ番号:
		テーマタイトル:
第3希望	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
	テーマ番号:	
	テーマタイトル:	
参加予定人数	名 (名簿提出: 可・不可)	
会場及び所在地	〒 ※出来れば簡単な地図を添えてください	
TEL		
FAX		
備付設備 (○をつけてください)	1.スライドプロジェクター 有・無 2.スクリーン 有・無 3.マイク 有・無 4.その他() 有・無	
ご要望・ご意見		

【お問い合わせ】福岡歯科大学医科歯科総合病院 病院事務課医事係

〒814-0193 福岡市早良区田村2丁目15番1号

TEL: 092-801-0411 (内線204) FAX: 092-801-0459