別紙様式１

令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部健康国保課

岩手県口腔保健支援センター長　様

所属機関・グループ名

代表者氏名

「イー歯トーブ８０２０出前健口講座」申込書

下記のとおり、出前健口講座を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催予定日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　分　～　　時　分 |
| 開催予定場所 |  |
| 対象予定者 |  |
| 参加予定人数 |  |
| 受講希望内容 |  |
| 申込理由 |  |
| 実施状況の掲載について | 可　・　否　（いずれかに〇を記入してください） |
| その他（希望事項など） |  |

注１）対象者は、地域住民、○○学校生徒、○○機関会員等と記入すること。

注２）実施状況について、県のホームページや８０２０ニュースレターに掲載する場合がありますが、プライバシーには十分配慮して掲載をします。

<連絡先>

担当者氏名：

住所：

電話番号：

別紙様式２

令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部健康国保課

岩手県口腔保健支援センター長　　様

所属機関・グループ名

代表者氏名

「イー歯トーブ８０２０出前健口講座」報告書

下記のとおり、出前健口講座の実績を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　分　～　　時　分 |
| 開催場所 |  |
| 対象者 |  |
| 参加人数 |  |
| 受講内容 |  |
| その他 |  |

注１）対象者は、地域住民、○○学校生徒、○○機関会員等と記入すること。

<連絡先>

担当者氏名：

住所：

電話番号：