

# 歯周病予防出前講座 申込書

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必要事項（太枠部分）を記入し、郵送、FAXまたは電子メールでお申し込みください。</li> <li>● 申込受付後、運営方法などについて確認するため、担当者から連絡させていただくことがあります。</li> </ul>	<p style="text-align: right; margin: 0;"><b>申込先</b></p> <p style="margin: 0;">一般社団法人 石川県歯科医師会</p> <p style="margin: 0;">郵 送：〒920-0806 金沢市神宮寺3-20-5</p> <p style="margin: 0;">TEL：076-251-1010</p> <p style="margin: 0;">FAX：076-251-6450</p> <p style="margin: 0;">E-mail：8020@ida1926.or.jp</p>
---	--

申 込 日	年 月 日
団体・企業等の名称	
代表者職氏名	職名 氏名
連絡先	住所 〒
	担当者職氏名 所属 職名 氏名
	電話・FAX 電話 FAX
	E-mail
開催希望日時	<p style="text-align: center; font-size: small;">※随時開催しておりますが、講師派遣の都合により、できるだけ13:00～14:00あるいは夜の時間帯をご検討ください。</p> <p>第1希望 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分</p> <p>第2希望 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分</p>
会場	会場名 所在地
オンライン (Zoom) による開催の希望	希望する ・ 希望しない
対象者	
参加予定人数	人
いしかわ健康経営宣言企業の認定の有無※1	認定企業である ・ 認定企業でない
協会けんぽ加入の有無※2	協会けんぽ加入事業所である ・ 加入事業所でない
歯周病簡易検査 (だ液潜血検査) の希望	希望する ・ 希望しない
その他要望等	

**【留意事項】**

- ・ 会場の手配・設営等は、申込者が行ってください。
- ・ 会場設営の際は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、「3つの密」を回避するなど、適切な感染防止対策を講じてください。
- ・ 申し込みは、参加者5名以上を目安にお願いします。
- ・ 講座終了後は、結果報告書を作成し、写真等を添付のうえ、申込先まで提出してください。
- ※1 いしかわ健康経営宣言企業に認定されていない事業所におかれましては、その旨、県健康推進課に情報提供させていただきますので、ご了承ください。後日、県担当者から健康経営について説明させていただきます。
- ※2 協会けんぽ加入事業所で、歯周病簡易検査を希望する事業所におかれましては、その旨、協会けんぽ石川支部企画総務グループに情報提供させていただきますので、ご了承ください。