**【別紙様式】　ＦＡＸ送付用**

講習会当日、会場で参加される方のみこちらの様式を使用してください。

令和４年　　月　　日

|  |
| --- |
| **送付票不要** |

7月２０日（水）１７時　締め切り

山梨県福祉保健部健康増進課 渡邊 宛て

（ＦＡＸ　０５５-２２３-１４９９）

所 属 名

担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

**令和４年度歯科保健関係指導者講習会の出席について**

このことについて、次の者が出席します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　　属 | 職　　　名 | 氏　　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |