

平成 年 月 日

各務原市口腔保健協議会長 様

施設名・医療機関名〔 〕

平成30年度各務原市口腔保健指導者研修会出席者
名簿の報告について

みだしの件について、下記のとおり出席者を報告します。

記

各務原市口腔保健指導者研修会出席者名簿

連絡先・電話番号〔 ・ 〕

参加者氏名	職 名	備 考

平成31年1月31日までに各務原市健康管理課まで連絡をお願いします。

(連絡先)

〒504-8555 各務原市那加桜町1丁目69

各務原市役所 健康福祉部健康管理課内

各務原市口腔保健協議会 担当 瀬尾

TEL (058) 383-1115 FAX (058) 383-9151

E-mail : kenkok@city.kakamigahara.gifu.jp