

※この申込書に必要事項を記入のうえ、ファックスか郵送をお願いします。

一般社団法人 浜松市歯科医師会 行  
ファックス番号:053-453-8893  
住所 :浜松市中区鴨江 2-11-2

## 託児申込書(FAX 送信書)

平成 28 年 1 月 17 日(日)10:00~12:00

プレスタワー17 階(静岡新聞ホール)にて行われる歯とお口の健康セミナー

### 託児のお申込み

- お子様のお名前 \_\_\_\_\_
- 保護者氏名 \_\_\_\_\_
- お子様のご年齢 \_\_\_\_\_ 歳
- 連絡先住所 \_\_\_\_\_
- 郵便番号 \_\_\_\_\_
- 電話番号 \_\_\_\_\_

【お問い合わせ先】  スマイル3020

一般社団法人浜松市歯科医師会  
電 話 453-8847