

日時

平成30年11月11日（日）

受付 9：30～10：00

講演 10：00～11：00

検診 11：00～12：30

参加申込方法

はがき、FAX、またはメールで

- 1、住所
- 2、生年月日
- 3、お名前
- 4、電話番号 をご記入の上申込下さい。

申込・問合せ先

〒330-0844 さいたま市大宮区下町3-47

一般社団法人 大宮歯科医師会

TEL 048-644-8324

（受付時間 平日9：00～17：00）

FAX 048-648-0249

メール info@omiya-shikaishikai.com

申込締切

10月26日（金）

第一回公開市民講座「口腔がん検診」参加申込書

FAX 048-648-0249

| | |
|------|----------------|
| ご住所 | 生年月日 |
| 〒 | 年 月 日生 (歳) |
| お名前 | 電話番号 |
| ふりがな | |

ご提供頂きました個人情報の取扱いにつきましては法令を遵守いたします。

複数のお申込みは無効になります。個人情報は、参加申込の目的以外では利用しません。

対象

さいたま市在住の40歳以上の方・定員90名

★定員を超えた場合は抽選としお返事は全員にいたします。

会場案内

大宮歯科医師会1Fホール

〒330-0844 さいたま市大宮区下町3-47

★駐車場がありませんので公共交通機関をご利用ください。

