



『カムカム健康プログラム体験イベント』参加申込書

締切: 5/13(水)

氏 名	職 種	勤 務 先 名	連 絡 先 (メールアドレス等)	カ ム カ ム 弁 当 [要 / 不 要] ※アレルギーのある方は教えてください。

連絡先の記入をお願いします。電話番号、メールどちらでも結構です。

お申込み FAX : 0857-29-0876 メール: tobu-renkei@hal.ne.jp

〈送付・お問い合わせ先〉

鳥取県東部歯科医師会 地域歯科医療連携室

担当: 上原