

(様式1) (第5関係)

「南部保健所 フッ化物洗口支援事業」
申込書

年 月 日

南部保健所長 殿

施設長 名

「南部保健所 フッ化物洗口支援事業実施要領 第5」に基づき、下記のとおり支援を
申し込みます。

記

施 設 名
住 所 〒
担当者名 (職種)
連 絡 先

<事業計画案>