

FAX 送信先

送信票等不要

甲府市役所 地域保健課 食育係 宛

FAX : 055-227-5294

申込日：令和 年 月 日

< 歯つらつ歯っぴーキャラバン 申込書 >

団体（会）名： _____

いきいきサロン ・ シニアクラブ ・ その他（ _____ ）

地区名： _____ 地区 _____ 代表者氏名： _____

ご連絡先（電話）： _____

※後日（平日）、地域保健課より折り返しご連絡いたします。

ご連絡にあたり、希望時間がございましたら、ご記入ください。

連絡希望時間 _____ : _____ ~ _____ : _____

	希望日	時間	会場	参加予定人数
第1希望	月 日 ()	: ~ :		
第2希望	月 日 ()	: ~ :		

※会場住所：甲府市 _____

～代表者の皆様へのお願い～

感染症対策のため、会場選びにご協力をお願いします。

- 室内2方向の窓を開けて換気できる部屋での開催
- 参加者同士の距離が保たれるよう、会場の定員の1/2以下となる人数で実施
(⇒当日は1m以上空けて座れるように席を配置すること)
- 発熱や風邪の症状、味覚・嗅覚障害の症状がある場合は参加を控えて頂く
(当日は検温をしてから参加)
- 参加者の名簿を作成し、関係者に感染者が出た場合は、名簿を保健所に提出することを了承を得ておく