

様式 2

## 歯科保健指導媒体 実施報告書

令和 年 月 日

西宮市保健所健康増進課長 様

住所  
名称  
代表者名

下記のとおり 歯科保健指導媒体を用いた歯科保健指導を実施しましたので報告します。

### 記

1、実施日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 ※複数日の場合は備考欄にご記入ください
2、実施場所	
3、対象者	
4、指導人数	人
5、内容	
備考	

以上