

# 第24回 ハッピー Well Come !! 金沢 (事前予約制)

～歯科衛生の正しい知識を普及啓発し、市民の健康増進に寄与します～



日時 2025年6月15日(日) 午前9時～正午

会場 駅西・泉野・元町 福祉健康センター (事前予約制)

## ◇各コーナー内容◇

|         |            |
|---------|------------|
| 歯の健診    | フッ化物洗口体験   |
| 歯並び相談   | 歯つらつ口腔機能検査 |
| 口腔がん検診  | お口の健康チェック  |
| お口の健康相談 | 歯ブラシプレゼント  |
| 歯科衛生士会  | 歯科技工士会     |



金沢市歯科医師会公式チャンネル  
ためになる歯科情報を配信!!

※通信料はご視聴される方のご負担となります

各会場、時間帯による

**事前予約制**

入場は無料です

各会場入場時間

9:00・9:30

10:00・10:30

11:00

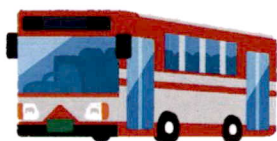
お申し込み方法は  
裏面をご覧ください

お申込み期限

5月25日(日)

お申込みが定員となり次第  
締切とさせていただきます

駐車場には限りがありますので、  
公共交通機関のご利用による  
ご来場にご協力をお願いいたします。



お楽しみ

来場プレゼント

※各会場  
同じ内容です

共催 金沢市・一般社団法人金沢市歯科医師会 後援 一般社団法人石川県歯科医師会

協賛 石川県歯科衛生士会 石川県歯科技工士会 北陸歯科材料商組合  
相田化学工業株式会社

## 第24回 歯ッピー Well Come !! 金沢 事前予約について

ご来場の皆様に安心・安全にお楽しみいただくため、各会場別・入場時間別の事前予約制とさせていただきます。下記につきましてご承諾の上、お申込みください。

- ① 1組4名までといたします。希望する1つの会場の1つの入場時間のみをご記入ください。
- ② お申込みは先着順となります。締切前であっても定員になり次第受付終了とさせていただきます。  
(定員となり締切になった会場、入場時間は選択不可となります。)FAX によるお申し込みの結果は5月下旬にご連絡いたします。返信用のFAX もしくはメールアドレスの記載をお願いします。
- ③ 滞在時間はご入場から1時間程度でお願いいたします。
- ④ 体調がすぐれない場合は、来場を自粛していただくようお願いいたします。

お申し込み方法：右記QRコードのお申込みフォーム



または下記ご記入の上、FAXでお申込み(電話受付不可)

希望する会場の入場時間□に✓をしてください。(複数記入の場合は無効となります)

【 各会場、駐車場に限りがあります。来場は公共交通機関のご利用にご協力をお願いします。 】

|                                   |
|-----------------------------------|
| 駅西 (450 名)<br>西念3丁目4番25号          |
| <input type="checkbox"/> 9:00 入場  |
| <input type="checkbox"/> 9:30 入場  |
| <input type="checkbox"/> 10:00 入場 |
| <input type="checkbox"/> 10:30 入場 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 入場 |

|                                   |
|-----------------------------------|
| 泉野 (180 名)<br>泉が丘1丁目2番22号         |
| <input type="checkbox"/> 9:00 入場  |
| <input type="checkbox"/> 9:30 入場  |
| <input type="checkbox"/> 10:00 入場 |
| <input type="checkbox"/> 10:30 入場 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 入場 |

|                                   |
|-----------------------------------|
| 元町 (225 名)<br>元町1丁目12番12号         |
| <input type="checkbox"/> 9:00 入場  |
| <input type="checkbox"/> 9:30 入場  |
| <input type="checkbox"/> 10:00 入場 |
| <input type="checkbox"/> 10:30 入場 |
| <input type="checkbox"/> 11:00 入場 |

※ 滞在時間はご入場から1時間程度でお願いいたします。

ご連絡可能な方を代表者としてご記入ください。(返信先記載ない場合は受付できません)

|         |    |    |     |  |
|---------|----|----|-----|--|
| 代表者氏名   | 住所 | 年齢 | TEL |  |
|         |    |    | FAX |  |
| メールアドレス | @  |    |     |  |

同行の方(代表者の方を除く3名まで)をご記入ください。

|    |    |
|----|----|
| 氏名 | 年齢 |
|    |    |
|    |    |
|    |    |

FAX送信先

076-216-8241

金沢市歯科医師会事務局

【 申込期日:5月25日(日) 】

※ご記入いただきました個人情報はこの事業にのみ使用いたします。

◇お申込み時の予約IDは入場時に必要です。無くされないようお願いします◇