

マウスガード 製作 申込書

*住所： _____

*氏名： _____

*生年月日： 年 月 日（年齢_____ / 学年_____）

*TEL： _____ *FAX： _____

*チーム名： _____

*製作希望地（最寄駅または学校等の所在地）

： _____

*（多数の場合は製作希望人数： _____名）

以上の事項を記入のうえ、メールまたはF a xで送信してください。
申し込み後、メール・FAXなどで受診先等を返答・連絡いたします。

《申込先》

FAX： 043-270-3609

Mail： takedat@attglobal.net

千葉県ラグビーフットボール協会
歯科委員長 武田 友孝