

『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』 参加申込書

開催日時：平成30年10月31日(水曜日) 午後7時～

FAX 送信先 03-3262-4199

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・荒木

申込締切日：平成30年10月29日(月曜日)

歯科医院名	所 属 地 区 歯科医師会名		
歯 科 医 院 ご 住 所	〒		
修了証書の 送 付 先	※上記歯科医院の住所と異なる場合、ご記入ください。		
歯 科 医 院 ご 連 絡 先	必ずご記入ください	必ずご記入ください	
	TEL. _____ FAX. _____		
職 種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 () ※該当に○をつけてください。その他の場合は () 内に職種名をご記入ください。		
フリガナ			
受講希望者名			
性 別	男 ・ 女 ※該当に○をつけてください。	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成

- 歯科衛生士の受講も受け付けておりますが、定員を超過した場合は歯科医師を優先させていただきます。
- 受講者の調整をさせていただく場合のみ、ご連絡いたします(受験票の事前送付はありません。)
- 研修を修了した歯科医師には、修了証書を発行いたします。歯科医師以外の受講者には受講証明書を発行いたします。
- 研修修了者名簿につきましては、必要に応じて各区市町村及び地域包括支援センターへ提供させていただきます。

会場案内

武蔵野スイングホール
東京都武蔵野市境2-14-1

アクセス

JR 中央線
武蔵境駅 北口より徒歩2分
※お車でのご来場はご遠慮下さい。

