

『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12月11日(火曜日) 午後6時30分～

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12月7日(金曜日)

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

歯科医師会館

東京都千代田区九段北4-1-20

アクセス

- JR 総武線
「市ヶ谷駅」より徒歩5分
- 東京メトロ(南北線・有楽町線)・都営新宿線
「市ヶ谷駅」A4出口より徒歩2分

※お車でのご来場はご遠慮下さい。

