

平成 30 年度周術期口腔ケアにおける医科歯科連携推進事業 第 2 回導入コース研修 参加申込書

平成 30 年 12 月 18 日 (火) 19:00～：コール田無・多目的ホール

【会場案内】

コール田無・多目的ホール
〒188-0011 西東京市田無町 3-7-2

【アクセス】

西武新宿線 田無駅北口より徒歩 7 分 ※お車でのご来場はご遠慮ください。

【申込方法】

本会 HP (<http://www.tokyo-da.org>) の『イベント情報』に掲載されている申込書、
または、本申込書に必要事項をご記入の上、FAX(03-3262-4199)でお申込み下さい。

FAX : 03-3262-4199

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山 行

申込締め切り：12月17日(月)

ご記入日： 年 月 日

歯科医院名		所属地区 歯科医師会名	
ご住所	〒		
ご連絡先	<u>必ずご記入下さい</u> <u>TEL.</u>	<u>必ずご記入下さい</u> <u>FAX.</u>	
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 (当てはまる職種に○を付けてください)		
受講希望者名	ふりがな		

※受講票はございません。筆記用具だけをお持ちになり、当日、直接会場の方へお出で下さい。
定員に達してからのお申込みがあった場合にのみ、こちらからご連絡いたします。
この用紙による F A X でのお申込みに限り、受け付けます。