

# 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 1 回導入コース研修 参加申込書

平成 30 年 11 月 29 日（木）19:00～：渋谷区文化総合センター大和田・学習室 1

**【会場案内】**

渋谷区文化総合センター大和田・学習室 1  
渋谷区桜丘町 23-21-2F

**【アクセス】**

渋谷駅より徒歩 5 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：11月28日（水）

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> TEL. _____		<u>必ずご記入下さい</u> FAX. _____	
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下さい。  
定員に達してからの申し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。