

東京都歯科医師会事業第一課 丸 山 行

FAX: 03 - 3262 - 4199

申込締切日 平成31年2月21日(木)

平成 年 月 日

平成30年度 東京都周術期口腔ケアにおける医科歯科連携推進事業
東京都がん医療連携歯科医院登録のための 第2回
『基礎コース研修』(31.2.24実施) 及び
『応用コース研修』(31.2.27実施) 受講申込書

_____ 歯科医師会 (地区名をご記入ください)

医院名	フリガナ 氏 名	電話番号 FAX	フリガナ 歯科衛生士名
		(電話番号) (FAX)	
		(電話番号) (FAX)	

※3名以上ご参加の場合は、本紙をコピーしてご使用下さい。

※定員(各回とも70名)に達してからのお申込みの場合、参加をお断りする場合がございます。

※基礎コース研修(31.2.24実施)受講後に、応用コース研修(31.2.27実施)を受講いただけます。

なお、**個人情報保護法**に基づき、本講習会において得た個人情報に付きましては、本講習会及び本事業のためのデータベース化資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。