

第1回 在宅歯科医療研修会
令和元年度 東京都8020運動推進特別事業

受講申込書

令和元年6月24日(月)午後6時30分～／歯科医師会館1階・大会議室

申込みFAX番号 03-3262-4199 東京都歯科医師会

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	必ずご記入ください TEL. _____	必ずご記入ください FAX. _____	
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ※左記のいずれかに○をお付けください (スタッフの衛生士の方も一緒に受講される場合、こちらに○を付けると同時に、下記にもお名前をご記入ください。)		
ふりがな			
受講希望者名	ふりがなを必ずご記入ください		
受講証明書の発行について ※会員歯科医師のみ	希望する ・ 希望しない ※左記のいずれかに○をお付けください (在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出に必要な書類のため、東京都歯科医師会会員限定です。)		

問合わせ先	電話	03-3262-1148 (ダイヤルイン)
	FAX	03-3262-4199
	東京都歯科医師会 事業第一課	(マルヤマ) 丸山

申込み締切日	令和元年6月21日(金曜日)
--------	----------------

※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FAXでのお申込に限り、受け付けます。