

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 6月28日(金)

令和元年 月 日

令和元年度 東京都周術期口腔ケア推進事業
東京都がん医療連携歯科医院登録のための
『基礎コース研修』及び『応用コース研修』(6.30(日)実施) 受講申込書

日 時 : 令和元年6月30日(日曜日) 午前10時00分～
場 所 : 歯科医師会館1階・大会議室

_____ 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(200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。

※午前に基礎コース研修受講の後、午後に応用コース研修を受講いただきます。

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。