

受講申込用紙

院内感染防止対策研修会

(施設基準：『歯科点数表の初診料の注1(歯初診)』のみ対応)

※必ず受講希望日の左にある□欄にチェック(✓)をお付け下さい

③ 令和元年7月29日(月) 午後7時～午後7時40分

④ 令和元年11月7日(木) 午後6時～午後6時40分

※遅参・早退の場合、『受講証明書』が発行されませんのでご注意ください。

・下記ご記入下さい。

氏名	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
所属地区 歯科医師会名	歯科医師会 (東京都歯科医師会会員の場合)
診療所名	
所在地	〒
電話	
FAX	

※ 先着順で受付致します。定員になり次第、受付を終了しますので、お早めにお申込み下さい。

受講対象者には「受講通知ハガキ」をご送付します。(申込受理後10日程度で発送。)

ご入場及び「受講証明書」の引渡しに必要となりますので、当日ご持参下さい。

なお、お申込みが定員を超過した場合、お断りの連絡をさせていただきます。

※ 「受講通知ハガキ」を発送後、受講をキャンセルする場合は、至急ご連絡ください。

※ 本講習会は、東京都歯科医師会に未入会の方も参加出来ます。

(ただし、非会員の場合は受講料として、10,000円がかかります。※要別紙参照)

担当：東京都歯科医師会 事業第一課 保険担当

[電話] 03-3262-1149 [FAX] 03-3262-4199