

『東京都歯科医師認知症対応力向上研修』参加申込書

開催日時：令和元年8月1日(木曜日)午後6時～

FAX 送信先 03-3262-4199

東京都歯科医師会 事業第一課 丸山・山下・荒木

申込締切日：令和元年7月30日(火曜日)

歯科医院名	所属地区 歯科医師会名		
歯科医院 ご住所	〒		
修了証書の 送付先	※上記歯科医院の住所と異なる場合、ご記入ください。		
歯科医院 ご連絡先	必ずご記入ください TEL. _____ FAX. _____		
職種	歯科医師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 () ※該当に○をつけてください。その他の場合は () 内に職種名をご記入ください。		
フリガナ			
受講希望者名			
性別	男 ・ 女 ※該当に○をつけてください。	生年月日	昭和 平成 年 月 日

- 歯科衛生士の受講も受け付けておりますが、定員を超過した場合は歯科医師を優先させていただきます。
- 受講者の調整をさせていただく場合のみ、ご連絡いたします（受験票の事前送付はありません。）
- 研修を修了した歯科医師には、修了証書を発行いたします。歯科医師以外の受講者には受講証明書を発行いたします。
- 研修修了者名簿につきましては、必要に応じて各区市町村及び地域包括支援センターへ提供させていただきます。

会場案内

**御茶ノ水ソラシティ
2階「ソラシティホール」**
東京都千代田区神田駿河台 4-6

アクセス

- JR 中央線・総武線「御茶ノ水」駅
聖橋口から徒歩1分
- 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水」駅
B2 出口【直結】
- 東京メトロ丸ノ内線「御茶ノ水」駅
出口1から徒歩4分
- 都営地下鉄 新宿線「小川町」駅
B3 出口から徒歩6分

※お車でのご来場はご遠慮下さい。

