

令和元年度 東京都歯科向けHIV／エイズ講習会 受講申込書

令和元年9月25日（水曜日）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

フリガナ 医療機関名	フリガナ 氏名	職種 ※必ず記入してください

●連絡先●

住所 〒

電話番号 ()

FAX番号 ()

●問い合わせ先●

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 公衆衛生担当

●申込み締切● 令和元年9月24日（火曜日）

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つきましては、本講習会及び本事業のための資料および東京都への報告以外には使用いたしません。