

第2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9月3日(火)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	必ずご記入ください	
	TEL. _____	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		

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8月30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。