

障害者の理解促進に向けた歯科医療従事者向け研修

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10月9日(水)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			
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10月8日(火曜日)
--------	----------------

※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。