

『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11月6日(水曜日) 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11月5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. _____	必ずご記入ください 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 年 月 日 平成

- 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

**立川グランドホテル
4階「カルログランデ」**

東京都立川市曙町 2-14-16
TEL : 042-525-1121 (代表)

アクセス

- JR 中央線 / 立川駅北口から徒歩 2 分

※お車でのご来場はご遠慮下さい。

