

申込みFAX番号 03-3262-4199

子どもの虐待防止研修会  
受講申込書

日時 令和元年10月25日（金曜日）午後7時～  
会場 歯科医師会館7階 701・702会議室

フリガナ 医療機関名	フリガナ 氏名	職種 <small>※必ず記入してください</small>	所属地区

●連絡先●

住所 〒

電話番号 ( )

FAX番号 ( )

●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 公衆衛生係

●申込み締切● 令和元年10月21日（月曜日）

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報告以外には使用いたしません。