【東京都在籍歯科医師用**（歯科医師会未入会の方に限る）**】FAX送付先：03-3262-4199

※日本歯科医師会会員の方は、本申込書の送付の必要はありません。Eシステムにログイン後、研修の受講が可能です。

厚生労働省補助事業

「令和2年度 歯科医療関係者感染症予防講習会」

**歯科医師による新型コロナウイルスのPCR検査の検体採取に伴う**

**Eシステム（e-learning）教育研修　受講申込書**

申込日：令和２年 　　月 　　日

日本歯科医師会会長　殿

東京都歯科医師会会長　殿

日本歯科医師会が実施する「歯科医師による新型コロナウイルスのPCR検査の検体採取に伴うEシステム（e-learning）教育研修」の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | （日本歯科医師会会員の場合、本申込書は必要ありません。） | フリガナ |  |
| 生年月日年齢・性別 | 昭和・平成　　年　　　月　　　日　　歳　／　男性・女性　　 | 歯科医籍登録番号 | 　 |
| 診療所名又は勤務先名 |  |
| 診療所又は勤務先住所 | 〒　　　　―　　　　　 |
| 電話番号 | －　　　　－ | 携帯電話 | －　　　　－ |
| ＦＡＸ | －　　　　－ | 緊急連絡先 | －　　　　－ |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　**＠****※添付ファイルを確認できるメールアドレスをご記載ください。** |

**※ 上記の各項にもれなく記入して下さい。記入もれがある場合は申し込みを受理しません。**

**※ 個人情報保護法**に基づき、本研修会において得た個人情報は、本研修会及び本事業のためのデータベース化による資料以外には使用いたしません。また、これ以外の目的に使用する場合には、別途ご連絡いたします。