様式第１号

地域派遣研修申込書

申込日	平成　　年　　月　　日（　　）	
団体名	[団体名] [代表者職・氏名]　　[担当者職・氏名] 職　　氏名　　職　　氏名	
学校歯科医 担当歯科医 地区歯科医師会	下記にご記入ください。 学校歯科医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当歯科医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 管轄歯科医師会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会	
連絡先	[所在地]〒 [TEL]（　　）（　　）（　　）[FAX]（　　）（　　）（　　） [E-Mail]　　@	
希望テーマ	[テーマ番号]	[テーマ名]
申込動機		
参加者	[職種等] [参加予定人数]　　人	
希望日	[第１希望]平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　：　　～　　： [第２希望]平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　：　　～　　： [第３希望]平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　：　　～　　：	
会　場	[会場名] [所在地]〒 [TEL] [最寄駅]　　線　　駅	

※お申込み後、２週間以内に担当者よりご連絡いたします。２週間経過しても連絡がない場合は大変お手数ですが、地域派遣研修担当までご連絡ください。（TEL 03-3235-1141）

※学校の場合は、学校長、学校歯科医等と調整のうえ、お申し込みください。