

平成 29 年度 集团研修会 F A X 申込書

FAX 番号 03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日：平成 年 月 日

研修会名	第 回 歯科医師・歯科医療従事者 研修会
開催日	平成 年 月 日 ()

フリガナ 氏 名	所属 (勤務先)	職種	日中の連絡先
			TEL FAX
			TEL FAX
			TEL FAX
			TEL FAX
			TEL FAX

※①開催日ごとにお申込みください。

②受付が完了しましたら、この用紙に済み印を押したものを FAX にて返送いたします。

1 週間たっても返送がない場合は、お手数ですが当センター研修担当までお問い合わせ下さい。

③ご返送しますので、FAX 番号も必ずご記入ください。

④定員に達した場合のみお電話にてご連絡いたします。

【会 場】

東京都立心身障害者口腔保健センター8階研修室

【交 通】

■JR 利用の場合 (総武線)

飯田橋駅西口より徒歩 4 分

■地下鉄利用の場合

(東西線、有楽町線、南北線、都営大江戸線)

飯田橋駅 B2b 出口

セントラルプラザ 1 階ロビー直結

【問 合 せ 先】

TEL 03 (3235) 1141

