

平成 30 年度 集団研修会 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	東京都立心身障害者口腔保健センター主催 障害者歯科認定医・認定歯科衛生士研修会
開催日	平成 31 年 2 月 17 日 (日)

	フリガナ 氏 名	所属 (勤務先)	職種 ☐ 印	日中の連絡先
代表者			☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士	TEL FAX
2			☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士	TEL
3			☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士	TEL
4			☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士	TEL
5			☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士	TEL

※①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。

②代表者の方は FAX 番号も必ずご記入ください。

③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

【問合わせ先】

TEL 03 (3235) 1141

