

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	有病者歯科診療のリスクマネジメント研修会
開催日	平成 31 年 3 月 3 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			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX
2			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL
3			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL
4			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL
5			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 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 せ 先 】
 TEL 03 (3235) 1141

