

見学申込書

東京都立心身障害者口腔保健センター
所長 殿

この度、下記のとおり見学を希望いたします。

記入年月日：平成 年 月 日

希望見学日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
勤務先名称 住所・電話	〒 TEL :
代表者 氏名・職業	氏名 : 職業 : 連絡先 (上記と異なる場合) 〒 TEL :
見学者 氏名・職業	氏名 : 職業 : 氏名 : 職業 : 氏名 : 職業 : 計 名
見学内容	1. 施設見学 (医療従事者以外) 2. 臨床見学 (医療従事者) 3. 摂食見学 (摂食指導の見学) 4. 教育見学 (歯科大学及び歯科衛生士養成学校：講義及び施設見学) 5. その他 ()
見学目的	
見学に際して の希望など	

診療の都合により、ご希望に添えない場合があることをあらかじめご了承ください。
詳細については、折り返しご連絡させていただきます。