様式第１号

地域派遣研修申込書

申込日	２０　　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］２０　年　月　日（　曜日）　：　～　： ［第２希望］２０　年　月　日（　曜日）　：　～　： ［第３希望］２０　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。