

2019年度 個別研修会FAX申込書

FAX 番号 03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日：2019年 月 日

研修会名	障害者歯科個別研修会【基礎コース】
開催日	<input type="checkbox"/> 第1回 2019年 4月 4日～4月25日の木曜日の2.5日間 <input type="checkbox"/> 第3回 2019年12月12日～1月 9日の木曜日の2.5日間 ご希望の回に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 ※第2回につきましては多摩地域の方優先コースとなっています。(申込書は別紙)

☆東京都内在勤または在住ですか？ はい いいえ

	フリガナ 氏 名	所属（勤務先）	職種 <input checked="" type="checkbox"/> 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

- ※①開催回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代表者の方は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。
 ⑤第2回をご希望の方は、第2回専用の申込書でお申し込みください。

【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
 【問い合わせ先】
 TEL 03(3235)1141

