

④ 令和2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：令和 年 月 日

研修会名	障害者歯科短期個別研修会
希望日	第1希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
※ご希望の時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	

☆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(勤務先名)	職種 <input checked="" type="checkbox"/> 印	日中の連絡先
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX

※①この研修会は、巡回診療車派遣日(火曜日・金曜日)のうち半日の研修です。希望日を考慮の上、研修日を決定します。

②申込を受付後、担当よりご連絡いたします。

1週間たってもご連絡がない場合は、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受付が完了した後に、この申込書をご返送いたしますので、FAX番号も必ずご記入ください。

【会場】

派遣施設先巡回診療車内もしくは派遣施設内

【お申込・問合わせ先】

東京都立心身障害者口腔保健センター 研修担当

電話 03(3235)1141

FAX 03(3235)1144