

⑤ 令和2年度 集団研修会FAX申込書

FAX 番号 03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日：令和 2 年 月 日

研修会名	第 回 歯科医師・歯科医療従事者研修会
開催日	令和 2 年 月 日 (日)
申込期間	第1回 令和2年3月2日から4月3日まで 第2回 令和2年4月1日から5月8日まで 第3回 令和2年5月1日から6月5日まで

☆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 ☑ 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 <input type="checkbox"/> ()	TEL FAX
2			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ()	TEL
3			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ()	TEL
4			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ()	TEL
5			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ()	TEL

※①開催日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。

【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

