

⑨ 令和2年度 集団研修会 F A X 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	研修歯科医のための障害者歯科研修会
開催日	令和 2 年 7 月 16 日 (木)
申込期間	令和2年5月1日から6月30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 <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
4			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL
5			<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL

※①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。

②代表者の方は FAX 番号も必ずご記入ください。

③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 合 せ 先 】
TEL 03 (3235) 1141

