

⑪ 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 3 年 月 日

研修会名	有病者歯科診療のリスクマネジメント研修会
開催日	令和 3 年 3 月 7 日 (日)
申込期間	令和3年1月4日から2月19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

