

② 令和3年度 障害者歯科個別研修会【アドバンスコース】 FAX申込書

記入日：令和 3 年 月 日

1 希 望 回	第1希望：令和3年度 回	第2希望：令和3年度 回
2 職 種	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	
3 フリガナ 氏 名		
4 所 属	所属歯科医師会：	
	地区センター協力医ですか？： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> いいえ	
	勤務先名称：	
	勤務先住所： 〒	
	連絡先住所（上記と異なる場合のみ記入）： 〒	
	勤務先電話番号：	
	連絡先電話番号（上記と異なる場合のみ記入）：	
5 基礎コースまたは 平成17年度以前の 個別研修受講年度	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年度（第 回）修了 <input type="checkbox"/> 令和	
6 診療・予防に対する 要望等	

★申込期間 第1回 令和3年 3月1日から令和3年5月14日まで
 第2回 令和3年 9月1日から令和3年9月30日まで
 第3回 令和3年11月1日から令和4年1月 6日まで

※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にて返送致します。

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。
 なお、研修生の決定につきましては、別に文書にて送付致します。