

### ③ 令和3年度 障害者歯科個別研修会【フォローアップコース】 FAX申込書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ 1 氏名		
2 職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士
3 所属	所属歯科医師会： 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)：		
4 アドバンスコース受講年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年度 第 回 修了	
5 希望日	初回：第1希望：令和 年 月 日（曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望：令和 年 月 日（曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 2回目：第1希望：令和 年 月 日（曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望：令和 年 月 日（曜日） <input type="checkbox"/> 午前、 <input type="checkbox"/> 午後 ※1日をご希望の場合は、午前・午後両方に☑して下さい。	
6 研修に対する要望等	<p>① 今回の研修でどのようなことを学びたいですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内診査      <input type="checkbox"/> 歯科治療      <input type="checkbox"/> トレーニング  <input type="checkbox"/> 全身管理      <input type="checkbox"/> 歯科診療補助      <input type="checkbox"/> 歯科予防処置  <input type="checkbox"/> 口腔保健指導      <input type="checkbox"/> 定期健診      <input type="checkbox"/> 歯周病管理  <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>② 特に希望する疾患はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 知的能力障害      <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症      <input type="checkbox"/> Down 症  <input type="checkbox"/> 脳性麻痺      <input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>③ 今回の研修に対する要望等、具体的にご記入下さい。</p> <p>*アポイント状況等により、必ずしもご要望に応えられない場合があります。予めご了承下さい。</p>	

※ご希望日の1か月前までにお申し込み下さい。

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。