

④ 令和3年度 障害者歯科個別研修会 F A X 申込書

FAX 番号 03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日：令和 年 月 日

研修会名	障害者歯科短期個別研修会
希望日	第1希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 第3希望：令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ※ご希望の時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。

☆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
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX
		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL FAX

※①この研修会は、巡回診療車派遣日（火曜日・金曜日）のうち半日の研修です。希望日を考慮の上、研修日を決定します。

②申込を受付後、担当よりご連絡致します。

1週間たってもご連絡がない場合は、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受付が完了した後に、この申込書をご返送致しますので、FAX 番号も必ずご記入下さい。

【 会 場 】

派遣施設先巡回診療車内もしくは派遣施設内

【 お申込・問合わせ先 】

東京都立心身障害者口腔保健センター 研修担当

電話 03 (3235) 1141

FAX 03 (3235) 1144