

⑤ 令和3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 3 年 月 日

| | |
|------|---|
| 研修会名 | 第 回 歯科医師・歯科医療従事者研修会 |
| 開催日 | 令和 3 年 月 日 (日) |
| 申込期間 | 第1回 令和3年3月1日から令和3年3月31日まで 第2回 令和3年3月1日から令和3年5月10日まで 第3回 令和3年4月1日から令和3年6月 7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 ☑ 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 <input type="checkbox"/> () | TEL FAX |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> () | TEL |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> () | TEL |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> () | TEL |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> () | TEL |

※①開催日ごとにお申込み下さい。

②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。

③代表者の方は FAX 番号も必ずご記入下さい。

④定員に達した場合は、ご連絡致します。

【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

【問い合わせ先】

TEL 03 (3235) 1141

