

⑥ 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 年 月 日

| | |
|------|--------------------------------------------|
| 研修会名 | 東京都立心身障害者口腔保健センター主催 障害者歯科認定医・認定歯科衛生士研修会 |
| 開催日 | 令和 4 年 2 月 6 日 (日) |
| 申込期間 | 令和3年12月6日から令和4年1月24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 | 認定資格 <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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | TEL FAX |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | TEL |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | TEL |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | TEL |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 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。

②代表者の方は FAX 番号も必ずご記入下さい。

③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 合 せ 先 】
TEL 03 (3235) 1141

