

①⑥ 令和3年度 集団研修会FAX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 歯科衛生士研修会
開催日	令和 年 月 日 (日)
申込期間	第1回：令和3年 5月 6日から令和3年6月21日まで 第2回：令和3年 6月 28日から令和3年8月16日まで 第3回：令和3年12月 1日から令和4年1月17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	日中の連絡先
代表者			歯科衛生士	TEL FAX
2			歯科衛生士	TEL
3			歯科衛生士	TEL
4			歯科衛生士	TEL
5			歯科衛生士	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

