

# ⑱ 令和3年度 地域派遣研修FAX申込書

申込日	令和 年 月 日 ( )	
団体名	[団体名] [代表者職・氏名] [担当者職・氏名] 職 氏名 職 氏名	
学校歯科医 担当歯科医 地区歯科医師会	下記にご記入下さい。 学校歯科医名 _____ 担当歯科医名 _____ 管轄歯科医師会名 _____ 歯科医師会 _____	
連絡先	[所在地] 〒 [TEL] ( ) ( ) ( ) [FAX] ( ) ( ) ( ) [E-Mail] @	
希望テーマ	[テーマ番号]	[テーマ名]
研修形態	<input type="checkbox"/> 派遣型 <input type="checkbox"/> Web セミナー型 ※テーマ3及び4のみ選択可能	
申込動機 (具体的に)		
参加者	[職種等] [参加予定人数] 人	
希望日	[第1希望] 令和 年 月 日 ( 曜日) : ~ : [第2希望] 令和 年 月 日 ( 曜日) : ~ : [第3希望] 令和 年 月 日 ( 曜日) : ~ :	
会場	[会場名] [所在地] 〒 [TEL] [最寄駅] 線 駅	

※お申込み後、2週間以内に担当者よりご連絡致します。2週間経過しても連絡がない場合は大変お手数ですが、地域派遣研修担当までご連絡下さい。(TEL 03-3235-1141)

※学校の場合は、学校長、学校歯科医等と調整のうえ、お申し込み下さい。