

障害者歯科個別研修会【アドバンスコース】 FAX 申込書

FAX 番号：03-3235-1144 (24 時間受付)

申込日： 年 月 日

↓ ご希望の研修会に✓してください。

申込期間をご確認ください

研修会コード	✓	研修会名	開催日	申込期間
B2-1		第1回 個別研修会【アドバンスコース】	6/2～7/7	4/1～5/20
B2-2		第2回 個別研修会【アドバンスコース】	10/13～11/24	8/1～9/22
B2-3		第3回 個別研修会【アドバンスコース】	1/19～3/2	12/1～1/5

フリガナ			
氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士		
所属歯科医師会 所属歯科衛生士会	<input type="checkbox"/> 歯科医師会 / <input type="checkbox"/> 所属なし <input type="checkbox"/> 歯科衛生士会 / <input type="checkbox"/> 所属なし		
地区センター協力医ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> いいえ		
勤務先	名称		
	住所	〒	
	電話番号		
連絡先	電話(携帯)番号		
	FAX番号		
基礎コース受講年度	<input type="checkbox"/> 昭和 年度(第 回)修了 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
研修に対する要望			

- ※ ① 受付完了後、済み印を押したものを FAX にてご返送いたします。
申し込み後、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ください。
- ② 研修会参加決定につきましては別文書にて送付いたします。

受付印
/