申込書 ⑧

令和４年度

障害者歯科個別研修会【フォローアップコース】FAX 申込書

FAX 番号：03-3235-1144（24 時間受付）

申込日：　　年　　月　　日

【研修会コード：B3】

フリガナ		
氏　名		
職　種	□ 歯科医師　　□ 歯科衛生士	
所属歯科医師会 所属歯科衛生士会	□ 歯科医師会　／　□ 所属なし □ 歯科衛生士会　／　□ 所属なし	
勤務先	名　　称	
	住　　所	〒
	電 話 番 号	
連絡先	電話（携帯）番号	
	ＦＡＸ番号	
アドバンスコース 受講年度	□ 昭和 □ 平成　　年度（第　　回）修了 □ 令和	
希望日（初日）	第１希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）□ 午前　□ 午後　□ １日 第２希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）□ 午前　□ 午後　□ １日	
研修に対する要望等	① 今回の研修でどのようなことを学びたいですか？ □ 歯科治療　□ トレーニング　□ 全身管理 □ 歯科診療補助　□ 歯科予防処置　□ 口腔保健指導 □ 口腔保健指導　□ 歯周病管理 □ その他（　　） ② 今回の研修に対する要望等、具体的にご記入ください。 ※アポイント状況等により、必ずしもご要望に応えられない場合があります。あらかじめご了承ください。	

受付印
／

※ ① ご希望日の１か月前までにお申し込みください。
② 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。

お問い合わせ先　TEL：03-3235-1141　　東京都立心身障害者口腔保健センター　研修担当 杉本