

障害者歯科個別研修会【基礎コース】 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 (全て木曜日)	申込期間
B1-1		第1回 個別研修会【基礎コース】	4/7 ~ 4/28	3/1 ~ 3/31
B1-2		第2回 個別研修会【基礎コース】	9/1 ~ 9/22	7/1 ~ 8/12
B1-3		第3回 個別研修会【基礎コース】	12/8 ~ 1/5	10/3 ~ 11/18

☆ 東京都内在勤または在住ですか？ はい いいえ

氏名	勤務先名	職種	日中の連絡先
フリガナ		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	TEL : FAX :

FAX 番号忘れずにご記入ください

※ ① 各研修会には申込期間が設定されています。

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の研修担当までお問い合わせください。

③ 必ず FAX 番号をご記入ください。

④ 定員に達した場合は、ご連絡いたします。

受付印
/