

集団研修会

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
A5-1		第1回 歯科医療従事者向け手話研修会	10/5 (水)	8/8 ~ 9/22
A5-2		第2回 歯科医療従事者向け手話研修会	10/12 (水)	
A5-3		第3回 歯科医療従事者向け手話研修会	10/19 (水)	

この研修会は3回分まとめてお申込みできます

☆ 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 <input type="checkbox"/> ( )	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のでお申し込みの際はご注意ください。

② この研修会は3回分まとめてお申込みできます。

③ 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。

④ 必ず FAX 番号をご記入ください。

⑤ 定員に達した場合は、ご連絡いたします。

受付印

/
---