

令和元年度 介護対応研修会受講申込書

(F A X 0 2 4 - 5 2 4 - 1 3 2 3)

締切 2 / 7 (金)

※該当するものに○をつけてください

氏 名	職 種	区 分 (福島県歯科医師会)	修了証発行 (会員外歯科医師)
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. 受付等	会員・会員外	希 望 する ・ しない
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. 受付等	会員・会員外	希 望 する ・ しない
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. 受付等	会員・会員外	希 望 する ・ しない

※ 当日は生涯研修 I C カードをご持参ください (会員の場合)

※ 会員以外の歯科医師の方で修了証の発行を希望する場合には、地元の地域歯科医師会長の受講承諾が必要となりますので、その際は本会事務局までご連絡ください。

令和 年 月 日

地 域 名 _____

会員氏名 _____