

参加申込書

	医療機関名	氏名	生年月日	所在地	電話
1		歯科医師 ・ 歯科衛生士	T・S・H 年 月 日		() —
2		歯科医師 ・ 歯科衛生士	T・S・H 年 月 日		() —
3		歯科医師 ・ 歯科衛生士	T・S・H 年 月 日		() —

※上記項目をすべてご記入の上、令和2年1月31日（金）までにFAXにて県歯事務局宛ご送付ください。なお、歯科衛生士については、生年月日の記載は不要です。

FAX：024-524-1323

参加申込書（歯科衛生士会用）

	勤務先	氏名	所在地	電話
1				() —
2				() —
3				() —

※上記項目をすべてご記入の上、令和2年1月31日（金）までにFAXにて福島県歯科医師会へご送付ください。

FAX：024-524-1323