

介護者のための口腔ケア実技セミナー(2/19)申込書

締切 2/4 (土)

平成 年 月 日

氏名		職種	
所属(勤務先)			
住所	〒 —		
TEL		FAX	

* 申込書受理後、参加費の振込先をご連絡いたします。

[申込先 : 一般社団法人 福島県歯科医師会 FAX 024-524-1323]