

令和元年度 高齢者に係る医科歯科連携研修会受講申込書

(FAX 024-524-1323)

締切 令和2年2月25日(火)

※該当するものに○をつけてください

氏名	職種	福島県歯科医師会 (* 歯科医師のみ)
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. その他	1. 会員 2. 会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. その他	1. 会員 2. 会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. その他	1. 会員 2. 会員外
	1. 歯科医師 2. 歯科技工士 3. 歯科衛生士 4. その他	1. 会員 2. 会員外

※ 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)

※ 会員外の歯科医師の方で修了証の発行を希望しない場合は、本申込書により受講を受付いたしますが、修了証の発行を希望する場合は、事前に就業地のある地域歯科医師会長にご連絡をお願いいたします。

地域歯科医師会名 _____

会員氏名 _____