**「集合形式」参加申込用**

（オンライン参加希望の方は本会ホームページからお申込みください。）

FAX:024－524－1323　福島県歯科医師会　行

**【集合形式定員40名】【締切 11/25（水）】**

# 令和8年度歯科医師認知症対応力向上研修会　参加申込書

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 就業所名 | 氏　　名 | 生年月日<br>（歯科医師のみ） | 就業所所在地 | 就業所電話番号 |
| | | 歯科医師　・　歯科衛生士 | T・S・H<br>年　月　日 | 〒　　－ | （　　）<br>－ |
| | 参加形式の確認（申込内容をご確認の上、□に✓してください。） | | □ 私は会場での参加を希望します。 | | |
| 2 | 就業所名 | 氏　　名 | 生年月日<br>（歯科医師のみ） | 就業所所在地 | 就業所電話番号 |
| | | 歯科医師　・　歯科衛生士 | T・S・H<br>年　月　日 | 〒　　－ | （　　）<br>－ |
| | 参加形式の確認（申込内容をご確認の上、□に✓してください。） | | □ 私は会場での参加を希望します。 | | |
| 3 | 就業所名 | 氏　　名 | 生年月日<br>（歯科医師のみ） | 就業所所在地 | 就業所電話番号 |
| | | 歯科医師　・　歯科衛生士 | T・S・H<br>年　月　日 | 〒　　－ | （　　）<br>－ |
| | 参加形式の確認（申込内容をご確認の上、□に✓してください。） | | □ 私は会場での参加を希望します。 | | |

（オンライン参加希望の方は本会ホームページからお申込みください。）

※ 歯科医師の方は、自主学習チェックシートを忘れずにご持参ください。また、日歯会員の方は、生涯研修ICカードを忘れずにご持参ください。

※ 会場の駐車場には限りがありますので、できるだけ公共交通機関や近隣駐車場をご利用いただきますようご協力をお願いいたします。