

送付票不要

静岡がんセンター疾病管理センター

日吉 宛て

FAX 番号 055-989-5557

平成 27 年度静岡県がん総合対策推進事業 静岡がんセンター医科歯科連携講習会 アドバンスドコースⅦ

「がん骨転移治療と歯科支持療法」参加申込書

所 属 名

所 属 住 所 (〒 ー)

所 属 TEL () ー

ふりがな 氏 名	職 種 (○をしてください)	歯科衛生士会員の方は 会員番号を記入
	歯科医師・歯科衛生士・医師・看護師 その他 ()	
	歯科医師・歯科衛生士・医師・看護師 その他 ()	
	歯科医師・歯科衛生士・医師・看護師 その他 ()	

※ 日本歯科医師会会員の方は生涯研修事業の対象となりますので、ICカードをご持参下さい。

※ 歯科衛生士会会員の方は生涯研修単位取得(予定)となりますので、会員カードをご提示下さい。

講師へのご質問があれば記載してください。