

FAX番号 055-989-5557

申込締切：11月17日（金）

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Ⅹ

「血液がん・支持療法と口腔ケア」申込書

勤務先名：

勤務先住所：

連絡先：TEL

FAX

メールアドレス（代表者）：

ふりがな 氏名	職種	* 歯科衛生士のみ記入* 歯科衛生士会加入の有無
	歯科医師・歯科衛生士 その他（ ）	有 ・ 無 会員番号を記入（ ）
	歯科医師・歯科衛生士 その他（ ）	有 ・ 無 会員番号を記入（ ）
	歯科医師・歯科衛生士 その他（ ）	有 ・ 無 会員番号を記入（ ）

※ 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。

◆ 講師への質問等があればご記入ください。

()