

FAX 番号 055-989-5557

第4回 がん患者を支える歯科衛生士のための講習会 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 参加者氏名	申込内容	歯科衛生士会会員 どちらかに○	会員の方は 会員番号を記入
	Basic コース ・ 本講演	会員 ・ 会員外	
	Basic コース ・ 本講演	会員 ・ 会員外	
	Basic コース ・ 本講演	会員 ・ 会員外	
	Basic コース ・ 本講演	会員 ・ 会員外	
	Basic コース ・ 本講演	会員 ・ 会員外	

※日本歯科衛生士会生涯研修 3単位程度取得予定。会員の方は、受付で会員カードをご提示ください。

◆ 講師への質問があればご記入ください。

( )